

UNIVERSITE PARIS VAL DE MARNE
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 1971

N°

6

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

BERNARD R I G A U D I E R E

I.H.PSY.

Né le 10 Février 1943 à PARIS 10ème

PRESENTÉE ET SOUTENUE LE :

1971

LA CHRONICITE DES PSYCHOTIQUES :
ASPECTS CLINIQUE, SOCIAL et INSTITUTIONNEL

Président de Thèse : Professeur BOURGUIGNON

ACADEMIE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

Année 1971

N°

T H E S E
pour le
D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplôme d'Etat)
par

BERNARD R I G A U D I E R E I.H.PSY.

né le 10 Février 1943 à PARIS 10ème

Présentée et soutenue publiquement le

LA CHRONICITE DES PSYCHOTIQUES :
ASPECTS CLINIQUE, SOCIAL et INSTITUTIONNEL

Président Pr BOURGUIGNON,

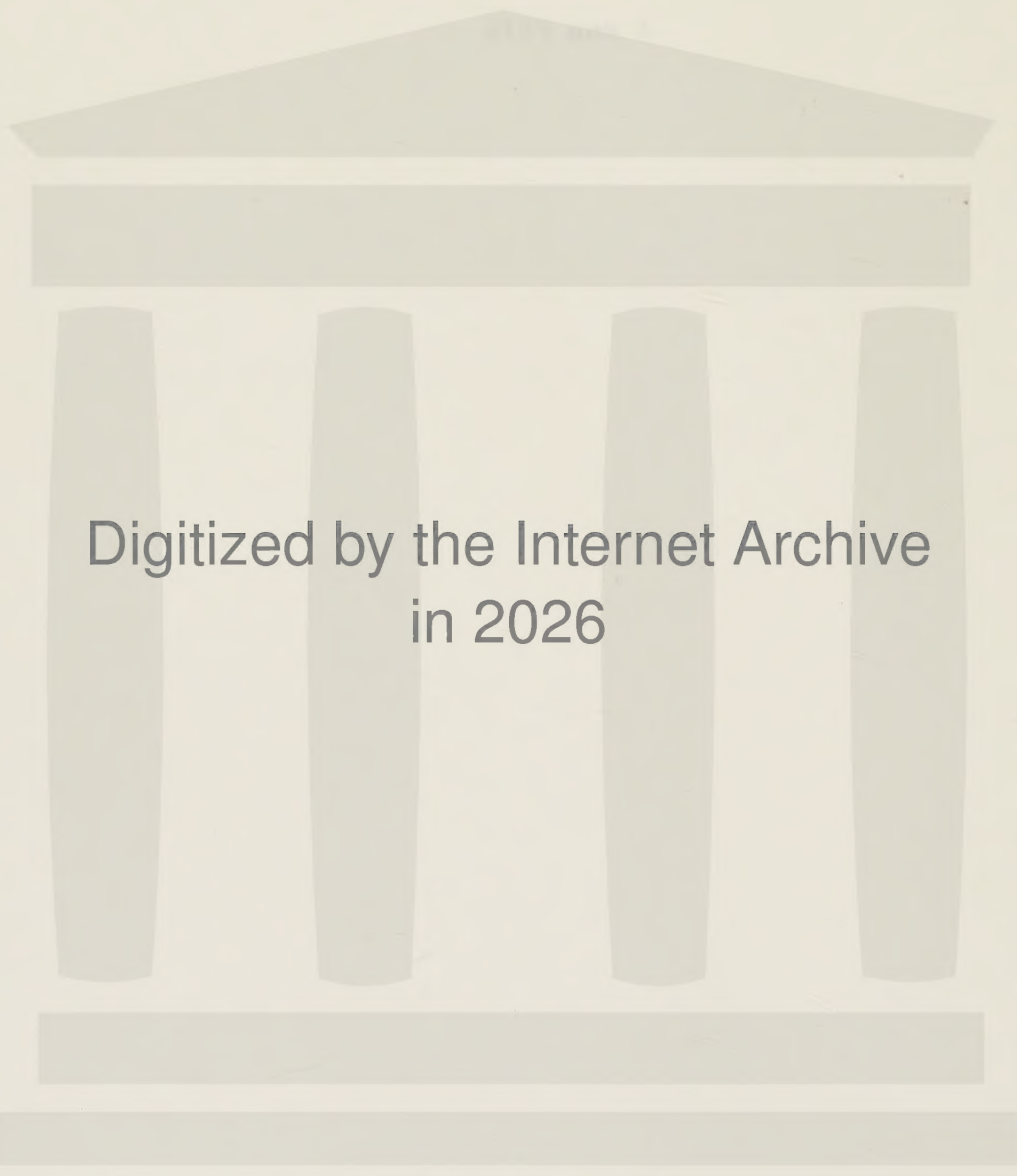


A mes parents

Qu'ils soient, ici, remerciés de tout ce qu'ils ont
fait pour moi.

A ma femme

A mon fils



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550415_0001

A Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse

En témoignage de notre reconnaissance respectueuse.

A Monsieur le Docteur BEHNERT

A Monsieur le Docteur PFIZENMEYER

A Mademoiselle le Docteur ROTHBERG

Médecins des Hôpitaux Psychiatriques

Qu'ils soient, ici, remerciés pour leurs enseignements
et l'aide qu'ils m'ont apportés dans ce travail.

Au Docteur Jean OURY et à toute l'équipe de la clinique
de Cour Cheverny

Qu'ils soient, ici, remerciés pour l'aide qu'ils m'ont
apportée par leur pratique de la psychothérapie institutionnelle.

Au Personnel de l'Hôpital Psychiatrique de la Valette
à Saint Vaury

Au Personnel du Centre Hospitalier de Blois.

A Ginette LACOTE, Secrétaire médicale

En témoignage de ma gratitude pour l'aide qu'elle m'a
apportée dans la réalisation matérielle de ce travail.

A mes camarades de l'Internat

Avec mon amical souvenir.

A partir du moment où conscience a été prise des succès thérapeutiques qui peuvent être obtenus chez des malades chroniques, lorsqu'on a pris conscience de ce qu'il faut les traiter avec autant de zèle et de vigueur que les malades aigus, aucun retour en arrière n'est possible, et je n'aurai garde d'oublier de citer ici les résultats obtenus par les psychiatres dans le traitement des psychoses chroniques.

PEQUIGNOT (H.) : Introduction médicale au problème des maladies chroniques - Revue de Médecine psychosomatique 1963 N° 2, page 123.

I N T R O D U C T I O N

Le terme de "chronicité" appliqué à la maladie définit essentiellement son évolution prolongée dans le temps. Le malade "chronique" vit une période prolongée de son existence avec la maladie. Cette coexistence, quelle que soit la maladie en cause, entraîne une modification du malade lui-même, dans son corps et dans son psychisme. Elle entraîne aussi pour lui un mode de rapport avec le milieu ambiant différent de celui de l'homme "sain". Cette relation avec le monde, liée à l'existence permanente de la maladie, nous paraît particulièrement intéressante à étudier dans le cas de la maladie mentale.

La "folie", a d'abord été attribuée aux forces surnaturelles du mal ; puis elle a été considérée comme une forme de déviance sociale due à la dégénérescence de l'être humain sous l'effet du "vice". Elle n'a rencontré définitivement la médecine que lorsque celle-ci, par la méthode anatomo-clinique, démontra la relation qui existait entre des lésions de l'encéphale et certains troubles psychiques. Une extrapolation à l'ensemble de la "folie" a fait "la maladie mentale".

Il reste, de ces diverses phases de l'histoire de la folie, une conception qui place les structures thérapeutiques d'accueil des malades mentaux à mi-chemin entre l'hôpital et la prison. Les lois d'assistance qu'on leur applique sont aussi des lois protégeant la société contre leurs méfaits éventuels.

Les restes les plus vivaces ne sont d'ailleurs ni les institutions, ni les lois, mais bien l'image de la folie toujours restée dans l'esprit des gens, la crainte, la réprobation et le rejet qui l'entoure. Là, sont les obstacles à l'évolution de la psychiatrie. Là sont aussi les conditions dans lesquelles vont se rencontrer les malades et ceux qui les soignent. Là aussi, est le cadre dans lequel va se dérouler l'évolution de la maladie qui va conduire le psychotique à la guérison rapide avec restauration plus ou moins complète de l'état antérieur ou,

par un long processus d'aggravation de la maladie et de renoncements successifs des thérapeutes, à la dépendance, la dépersonnalisation et la véritable "détérioration" qu'engendre l'hospitalisation permanente dans certains services de chroniques.

Dans ce travail, qui sera divisé arbitrairement en quatre parties dans un but de simplification, nous allons tenter de saisir quelques aspects de la psychose chronique.

Dans la première partie, c'est l'aspect clinique qui sera évoqué, à travers l'observation d'une malade. Nous l'avons choisie, en dépit de son jeune âge, pour la durée de sa maladie, mais aussi pour son absence de détérioration actuelle, liée aux efforts permanents des thérapeutes qui l'ont soignée.

Dans la seconde partie, c'est l'aspect social qui sera analysé, à partir des lois concernant les malades mentaux, et de leur histoire.

Dans la troisième partie, c'est l'aspect institutionnel que nous étudierons, à travers un rappel historique des institutions et des méthodes thérapeutiques, et l'examen de deux institutions de soins publiques que nous avons pu connaître.

Une quatrième partie enfin, se voudra plus exhaustive et nous permettra d'exposer quelques unes des théories actuelles concernant l'avenir des psychotiques chroniques et les diverses façons de résoudre les problèmes qu'ils posent.

Ière PARTIE

LE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE : ASPECT CLINIQUE

Qu'est-ce qu'un psychotique chronique ?

Nous ne chercherons pas à ergoter sur cette définition. Il faut cependant préciser que, tout au long de ce travail, nous utiliserons ce terme pour désigner les malades atteints de ce que la littérature appelle les "vésanies". L'organisation vésanique de la personne est caractérisée par le bouleversement permanent des rapports intellectuels, affectifs et sociaux du moi avec autrui et la réalité.

En France, ce genre de maladies est divisé en deux groupes, en fonction de l'évolution ou de l'absence d'évolution vers la désagrégation psychique. Nous nous tiendrons à ces définitions nosologiques qui permettent de se repérer facilement dans ce chapitre particulièrement complexe de la psychiatrie. Les schizophrènes les délirants chroniques sont les malades qui nous intéresseront dans cette étude.

°
° °

Divers paramètres déterminent la vie d'un individu. Certains sont initiaux, fixés avant même sa venue au monde : l'héritage génétique, le milieu social d'origine, l'existence de frères ou soeurs aînés, la personnalité des parents. D'autres interviennent plus tard, au cours de la première enfance : l'éducation, les maladies de cette période, la naissance de frères ou de soeurs cadets. Certains, parfois, par leur caractère inhabituel et traumatisant semblent dominer le tableau : l'abandon suivi ou non d'adoption, la mort du père ou de la mère.

Lesquels, parmi tous ces facteurs vont déterminer chez certains individus l'éclosion ultérieure d'une psychose ? Il est impossible de le préciser, et il est probable que plusieurs sont

en cause lorsque survient cette éventualité.

L'apparition et le développement de la psychose elle-même va représenter, à partir du moment où elle sera révélée, le fait le plus important qui va transformer la vie de celui qui en est atteint de façon profonde et permanente. 1

Il y a, à cette transformation, des raisons cliniques évidentes : les perturbations dans les sphères intellectuelles, affectives, et du comportement engendrées par la psychose. Elles ne sont cependant pas les seules. Comme nous le verrons dans les deuxième et troisième parties, l'idée qu'a le public, et la connaissance qu'ont les soignants de la maladie, interviennent elles-aussi. Elles s'articulent avec la clinique pour faire du psychotique un individu dont l'existence va se dérouler de façon extrêmement différente de ce qu'elle était avant sa maladie, ou de ce qu'elle aurait pu être s'il n'avait pas été malade. C'est cette articulation que nous allons tenter de mettre en évidence, à travers une observation portant sur douze ans de la vie d'une schizophrène.

OBSERVATION :

P...

Bernadette a 18 ans, lorsqu'en 1958, commence officiellement sa maladie. Ses parents sont cultivateurs. Elle est la 5ème d'une famille de 8 enfants (dont un, né avant elle, meurt en bas âge d'une méningite).

Elle vit son adolescence dans ce milieu assez austère semble-t-il. La mère de Bernadette a la réputation d'être "arriérée et très renfermée". Cependant, Bernadette a une enfance et une scolarité qualifiées de normales.

Après un échec au certificat d'études primaires, elle quitte l'école et reste travailler avec ses parents. En 1958, le caractère de Bernadette change sensiblement. On la trouve "mélancolique", elle n'a pas d'amis, elle reste avec sa mère, on se moque un peu d'elle. Subitement, un soir au retour des champs, elle raconte à sa mère qu'on lui fait des tours, les voisins lui lancent des poudres avec un appareil et ça la pique partout. Les jours

suivants, Bernadette exprime toujours les mêmes craintes. Elle ne dort pas, ses frères et soeurs se moquent d'elle, de ses idées et la remettent en place brutalement.

Madame P... fait coïncider le début des troubles avec une chute que sa fille aurait faite alors qu'elle chahutait avec un garçon. Quelques temps après, elle fut très affectée par le mariage d'un autre garçon dont elle était secrètement amoureuse.

Les parents la placent comme bonne. Bien que ce travail semble adapté à ses capacités, c'est un échec au bout de quelques jours. Alors inquiets, ils font entrer Bernadette à la Clinique psychiatrique de La Chesnaie à CHAILLES. Sur cette première expérience thérapeutique, nous n'avons pas beaucoup de renseignements ; nous ignorons également les conditions qui y mirent fin. Bernadette aurait été traitée par une série d'électrochocs, une cure de Sakel et la chimiothérapie (Largactif et Gardénal). Après neuf mois de soins, Bernadette sort en "sortie d'essai" ; elle travaille dans une pension de religieuses : nouvel échec.

En Novembre 1959, Bernadette a 20 ans, nouvelle hospitalisation à la Clinique de la Borde à Cour Cheverny qui durera 4 mois. A son entrée, Bernadette subit une série de tests. On lui trouve un Q.I. de débile, mais d'autres épreuves nous aident à mieux connaître la Bernadette de cette époque. Elle échoue successivement aux tests sans émotion apparente et persévère dans ses erreurs. On apprend que, sur le plan affectif, la famille de Bernadette reste son unique milieu. On l'accueille, on l'admire, on la garde, toute sa vie s'y tient. Elle est frustrée et "exagère le caractère de sa frustration pour punir la personne qui l'a frustrée". On apprend aussi que son moi ne se défend pas, qu'il est infantile. Quand Bernadette parle sur des situations, (T.A.T.) les thèmes se passent tous dans un milieu familial qui est bien structuré et où règne l'entente. Le héros de ces situations est elle-même, centre de son milieu et se conduit avec passivité ou absence : "elle dépend affectivement des autres, se laisse désirer ou retenir. Elle aime se faire valoir mais c'est pour être l'objet d'admiration de sa famille. Elle a besoin de passivité, de secours, d'admiration

pour laquelle elle est un peu exhibitionniste".

Bernadette vit son père comme un homme "admiratif, gentil, plein de sollicitude". Sa mère est une rivale autoritaire mais bien acceptée. Les frères et soeurs sont seulement mentionnés.

A La Borde, les troubles réapparaissent : toujours les mêmes thèmes de persécution. Elle est instable, giffle les gens et est sans cesse ambivalente. Elle est traitée avec 300 mg de Largactil par jour et subit 7 électro-chocs sous narcose. Déjà les thèmes délirants, l'attitude, les hallucinations sont sensiblement les mêmes que dix ans plus tard.

A cette époque, elle raconte sa maladie dans ce style si personnel qui a un peu le charme du surréalisme.

"Il faudrait que ce soit un docteur non mon père. - Il faudrait que je sois chez moi. Ca a l'air d'être une grave maladie. Il a l'air de chialer. Bernadette est malade depuis un an et demi à cause des produits que le club et les docteurs lui ont envoyés. Bernadette ne dort pas, elle est très fatiguée, elle souffre terriblement et elle est plus malade quand elle ressort d'une clinique pour entrer dans une autre".

"Elle a peur qu'on lui en fasse davantage mais elle s'en rendra bien compte par sa respiration et sa tête car elle est très vaste ; de creuses idées viennent dans sa tête et lui font perdre la mémoire. Papa est arrivé brusquement, hardiment, seul car sa fille était trop souffrante. Il est entré hardiment dans sa chambre il l'a embrassée, l'a regardée, l'a questionnée, et sans doute qu'elle allait de plus en plus mal par son visage.

Son père a deviné ce qu'elle avait.

- Où as-tu mal ?

- A la tête, lui répond timidement Bernadette en pleurant, gênée par la respiration, par le produit. Et papa se met à pleurer voyant que sa fille souffrait terriblement. Papa pleure voyant que sa fille va mourrir comme est mort son premier fils".

"Bernadette a trop mal à la tête dès que quelqu'un lui enlève elle ne souffre plus. Par un signe spécial dont les malades

savent très bien le lui mettre et le lui enlever. Le club s'entend très bien à cause de ce produit dont ils s'amusent énormément".

"Bernadette a souvent des battements de coeur, craint comme son papa la méningite et il pleure car il est à bout de nerfs comme elle et se demande si les médecins s'occupent d'elle vaillamment courageusement et son papa s'en va tout tristement pensant courageusement à sa fille qui ne pourra pas se marier à cause de ce maudit produit".

Bernadette sort, après quatre mois de séjour, dans sa famille, pour une durée de deux ans. Bien sûr, son entourage ne la trouve pas normale, mais comme la norme dans ce milieu est étroitement liée à la production, Bernadette dans la mesure où elle participe aux travaux de la ferme, est tolérable. Quand elle recommencera à délirer et à être occupée uniquement par ses hallucinations, on ne la tolérera plus.

Bien que pendant ces deux années, elle soit suivie au dispensaire, la situation se dégrade. Elle se sent "plus pire" dit-elle. Pendant cet intervalle, le père meurt d'une "congestion cérébrale". Madame P... nous dit que ce chagrin ne semble pas avoir accentué la maladie.

En 1963, Bernadette est admise au Service Psychothérapique de Blois, où elle est toujours. Comment se passent les débuts de l'hospitalisation ? Comment Bernadette s'insère-t-elle dans ce nouveau milieu thérapeutique ?

Bernadette est fidèle à elle-même. Elle se met à aider aux travaux courants : couture, vaisselle. On signale son attitude ambivalente et déconcertante : elle a des fou-rires brusques et immotivés, elle travaille ou s'habille de façon impulsive. En fait, elle est assez sociable et semble participer à la vie collective. Par moments, elle est même hyperactive et on s'étonne de sa "manie" de tout laver.

Un jour, elle confie à une de ses voisines qu'elle fait partie de la religion Soubiron (Monsieur Soubiron est un de ses voisins à qui elle écrit souvent). "C'est une religion qui aime tout le monde. Je vous aime encore religion comme dit votre amour en ce moment. Je ne perds pas mon temps en regardant la crise re-

ligion. Ça fait du bon. Je m'appelle Bernadette, votre gentille petite voisine qui vous aime avec l'enfant Soubiron".

Ce qui étonne le plus à première vue, c'est la dichotomie entre son comportement délirant et la qualité de ses rapports avec le travail et l'argent : elle dit aux infirmières qu'elle doit travailler car elle est payée. "Je voudrais gagner de l'argent mais on se moque de moi, juste un pécule ça ne m'enchanteguère".

Elle justifie son pécule par une activité souvent désordonnée mais claire dans sa tête. Il semble que Bernadette assimile ce qui se passe à l'hôpital à ce qui se passe dans la vie sociale normale.

Peut-on en déduire que la séparation avec le milieu originel est inexistante dans le monde de Bernadette ou au contraire, doit-on attribuer cette impression de salaire à l'attitude du service vis-à-vis du travail des malades ? Il y a là une confusion qu'il faudrait pouvoir éclaircir. Malheureusement, il y a fort peu de chances pour que nous sachions si en 1964 on considérerait le pécule comme une attribution ou comme un salaire.

Pourtant, au cours de ces années, Bernadette parle de ce que l'on appelle l'"extérieur". Elle voudrait travailler, pour gagner 300 francs par mois, mais elle s'inquiète aussitôt car elle ne sait pas se servir d'une cocotte-minute. Elle parle des coqs, souvent. Un jour, elle s'en explique : "le coq, c'est un homme qui sait tout faire. Il faudrait qu'il soit bien fait pour faire de beaux enfants et aie son C. E. P."

Elle s'intéresse aux garçons d'ailleurs, mais c'est pour se marier. Elle est amie avec un certain Bernard, et un jour où ils sont assis l'un à côté de l'autre, elle lui dit brusquement qu'il sent l'oeuf et court faire une grande toilette. Le lendemain, elle a l'impression de sentir quelque chose grésiller en elle : "Ce sont des oeufs qui grillent".

Bernadette délire beaucoup, de plus en plus, pendant ces dernières années. Elle justifie ses fréquents maux de tête, de jambes et de reins : "C'est Mme Untel qui lui envoie de l'électricité c'est son tricot : quand elle fait une maille, le point lui résonne

dans la tête. Pendant un temps, elle accuse les W.C. d'être responsables de ses douleurs de bras et de jambes. La position qu'elle a dans ceux-ci lui fait mal aux jambes. Bientôt, elle ne veut plus aller que dans les W.C. du personnel car dans ceux des malades, elle ne peut rien faire et ils lui font mal aux bras. Le tricot aussi lui paralyse les bras, ou bien il a la tuberculose et la contamine. Cependant, jusque vers 1964-1965, plus qu'elle ne dit des choses incohérentes, elle exprime son délire en écrivant inlassablement sur un tableau noir et c'est ce fait qui étonne le plus dans le service.

La vie sociale et affective de Bernadette garde une certaine richesse : elle fréquente les garçons, elle s'occupe des personnes âgées, elle se lie avec certaines pensionnaires, elle en déteste d'autres, elle a même une amie à qui elle s'identifie complètement.

Dans la même période, de nouveaux thèmes délirants viennent s'ajouter : on lui parle à la radio et à la télévision, on lui commande ce qu'elle a à faire. D'autre part, les aliments ont le goût du feu ou d'eau, les médicaments ont goût, eux, de fumée ou de plâtre : "j'avais les ongles fumée tout rouge pour l'aimer".

Puis elle entend des chats miauler dans son corps et des souris se promener la nuit : "je punis le chat, j'ai les souris. Comment faire ? Il est 5 heures. Je pourrais me faire tirer les boyaux". Cela lui rappelle un épisode de son enfance où elle jouait à tuer des chatons avec son frère. Cela lui plaisait énormément.

Bernadette participe aux réunions, mais son ambivalence s'accroît. Quelquefois, elle est agressive et opposante à tout ce qu'on lui propose. Après ces deux années et demie d'hospitalisation, elle parle un peu de sa famille, de sa vie : chez elle, on la faisait travailler, on la battait, on ne comprenait pas qu'elle était malade. Elle est consciente du rejet de sa famille et de sa mère en particulier, mais cela semble lointain : "Je ne suis pas avec des gens comme je voudrais, mais chez moi, tout le monde a changé. Je ne suis pas trop mécontente de ma famille. La luzerne de chez nous était pas bien fameuse". Puis elle parle de l'hôpital où elle se plait bien finalement malgré des inimitiés assez violentes : "Je

me sens mieux ou du moins pareille quelquefois de mauvaise humeur et idée c'est suffoquant même très étonnant et chuchotement. Vous avez des paroles très grossières. Je vous aime mieux que vous m'aimez. Je ne vois aucunement de différence".

Depuis des années, un des thèmes les plus spectaculaires de son délire est la saleté, les mauvaises odeurs. Ses mots préférés sont "ça sent la merde d'oie - ça sent la pisse de chat". Dans ses lettres, elle parle tout le temps de ses nombreux lavages quotidiens. Depuis le début de sa maladie, son obsession lui fait tout laver : vaisselle, vêtements, torchons, les murs quelquefois, avec n'importe quoi, n'importe comment, sans que l'on puisse canaliser cette énergie. Elle en parle tout le temps : "ça sent mauvais. Achète moi une robe. Elle ne sait pas si elle pourra la mettre car elle sent la merde d'oie". Le lendemain, elle lui fait subir les plus mauvais traitements pour chasser "la mauvaise odeur".

En 1966, pendant deux mois, elle suit une nouvelle cure d'insuline. Nous n'avons pas le nombre exact de comas qui est probablement d'une trentaine. Tout au long de la cure, elle acceptera mal l'insuline : elle l'accuse de lui donner mal aux jambes, ça lui fait monter des mauvaises odeurs à la tête. Toutefois, elle justifie son opposition avec des arguments dont la cohérence peut surprendre : elle ne veut pas d'insuline pour deux raisons :

- d'une part, "ça lui coupe les forces, donc elle ne peut pas travailler. En conséquence, elle ne gagne pas d'argent et elle se trouve dans la merde."

- d'autre part, "on lui coupe les forces, donc on veut qu'elle aille plus mal pour la renvoyer chez sa mère où elle travaille sans salaire. Dans ce cas aussi, elle est dans la merde".

Dans l'ensemble, on signale qu'à la fin de la cure, Bernadette est plutôt moins désorientée et instable, adhère plus à la réalité. Ce sont les seuls renseignements que nous ayons sur ce traitement.

Au cours des premières années, Bernadette est traitée successivement avec de l'Halopéridol et du Noziman, puis de l'Halopéridol, Largactil et Témentil. En 1965, elle prend du Témentil Noziman et Moditen pour revenir à l'Halopéridol et Largactil au

bout de quelques mois. Les neuroleptiques, quels qu'ils soient, et quelles que soient les doses, sont très peu efficaces sur le délire qui, après deux ans d'évolution, reste inchangé, dans sa structure comme dans ses thèmes. Les hallucinations olfactives s'avèrent également rebelles à la chimiothérapie. Seuls les troubles du comportement et l'agressivité qui se manifestent par périodes, y sont sensibles.

Actuellement, Bernadette vit en permanence dans le service. La famille s'est disloquée. Les frères et soeurs ont quitté la région et aucun d'eux ne s'intéresse à elle. La mère, dont l'état de santé n'est pas bon, et qui ne peut guère se déplacer, ne vient plus la voir. Bernadette ne se soucie guère de cet abandon. Il lui arrive même de se trouver un "père" ou une "mère" de remplacement parmi les malades âgés. Cette attitude nous a incités à l'y voyer, pour une durée de quelques jours, périodiquement, dans une famille d'accueil qui en avait fait la demande. Son comportement est alors à peu près identique à celui qu'elle a à l'hôpital. Elle prend elle-même ses médicaments et rentre d'elle-même, à l'heure prévue.

L'importance et la ténacité du délire gênent sa relation avec le monde extérieur. Cet obstacle lui ferme actuellement toute possibilité de travailler en dehors d'un milieu protégé, ce qui serait possible en raison de la conservation d'un pragmatisme presque intact.

Depuis douze ans que dure sa maladie, Bernadette a pu bénéficier de toutes les thérapeutiques utiles :

- biologiques : sismothérapie - cure de Sakel - chimiothérapie
- psychothérapiques : essentiellement psychothérapie de groupe, avec un essai de prise en charge individuelle.

Elle est pourtant devenue ce qu'il faut bien évidemment appeler "une chronique". Sa maladie, au fond, est restée telle qu'elle fut quelques mois après avoir commencé. Sa situation socio-familiale s'est modifiée, mais ne s'est pas dégradée : elle est passée de la dépendance familiale à la dépendance de l'hôpital. Dans le service, où le mouvement des malades est très important, la durée moyenne des séjours très brève, elle ne représente pas une charge, ni un poids mort ; au contraire, sa présence, comme celle des autres chroniques de l'institution favorise le travail psychothérapique.

Avec Bernadette, comme avec d'autres schizophrènes dont la maladie évolue depuis plus de dix ans, nous avons l'impression qu'aucune détérioration n'est apparue et n'apparaîtra jamais, tant que sera poursuivi l'effort thérapeutique. La maladie restant identique à elle-même, tout est possible, et tout doit être tenté.

De cette longue observation, que pouvons-nous retirer ?

Nous envisagerons essentiellement l'aspect évolutif de la maladie, la thérapeutique et les rapports entre sa famille et la malade.

L'évolution de la maladie est ici celle que présentent de nombreux schizophrènes. Le début est insidieux, marqué par des modifications du comportement : tendance à l'isolement, à l'apragmatisme, tristesse qui évoque une dépression atypique. L'apparition sur ce fond, d'un délire à thème de persécution non systématisé, avec des hallucinations cénesthésiques évoque "l'expérience délirante primaire" qui va entraîner la première intervention médicale, c'est-à-dire la première hospitalisation. Les parents, eux, voient la maladie déclenchée par un traumatisme, attitude que les familles adoptent souvent car, inconsciemment, elle les rassure.

L'amélioration rapide des troubles sous l'effet de la thérapeutique entraîne la sortie, après neuf mois d'hospitalisation. Au cours de ce séjour, le diagnostic de schizophrénie semble avoir été au moins suspecté : la cure de Sakel en témoigne. L'association à cette cure de la sismothérapie et du Largactil, seul neuroleptique alors couramment utilisé, semble être rapidement venue à bout des symptômes aigus. Les signes négatifs, et en particulier l'apragmatisme professionnel semblent eux, avoir persisté. Ce fait fréquent chez les schizophrènes jeunes qui n'ont pas de formation professionnelle semble avoir été un facteur de mauvais pronostic.

La première rechute, survenue un an après la sortie du premier établissement est d'ailleurs provoquée par un échec professionnel. Notons que les parents ne choisissent pas, pour la nouvelle hospitalisation, le même établissement que la première fois. Ceci n'est pas lié, comme c'est fréquent, à une agressivité de la famille vis-à-vis du premier établissement, mais dans ce cas,

à une cause de force majeure. Notons cependant que le changement n'est certainement pas favorable, à priori, à la poursuite d'une thérapeutique au long cours. L'existence d'une similitude de méthodes, et de rapports assez étroits entre les deux cliniques limite cet inconvénient.

Au cours de cette deuxième hospitalisation, la malade subit une série de tests qui mettent en évidence l'inefficience intellectuelle, l'aspect régressif du moi. La dissociation, pourtant, n'apparaît pas dans les tests projectifs, alors que l'observation quotidienne, transcrite dans les compte-rendus de réunions du personnel, la laisse entrevoir. Sur le plan thérapeutique, le Larzacil à la dose de 0,300 g par jour et les électrochocs semblent avoir été insuffisants pour faire disparaître, de façon durable, le délire, ce que l'association avec la cure de Sakel avait réalisé lors de la première hospitalisation.

La seconde rémission n'est qu'incomplète, et ce n'est que grâce à une tolérance assez grande du milieu familial que la malade reste deux ans chez elle. C'est probablement la mort du père qui rompt l'équilibre précaire ainsi établi. Si, comme le pense la mère, cet événement n'accentue pas la maladie, il destruit la famille, sur le plan économique et sur le plan affectif. Il marque la fin de l'exploitation agricole familiale. Les enfants vont devoir "s'établir" et acquérir leur autonomie économique. Cette autonomie économique s'accompagne d'une autonomie affective, marquée par leur départ du foyer familial. Incapable, de par sa maladie, d'acquérir une autonomie dans ces domaines, la malade seule reste avec la mère. Mais pour celle-ci, dont les ressources ont diminué, elle devient une charge inutile. Et la mère réagit en la "plaçant".

Cet internement à l'Hôpital Psychiatrique public, représente-t-il à quelque chose de différent, des placements qui l'ont précédé dans les établissements privés ? Est-il symbolique du passage à la chronicité, d'un renoncement ou même d'un rejet de la mère ? C'est possible. Toujours est-il qu'il va correspondre à un désintérêt croissant de la famille de la malade pour elle.

De la part des thérapeutes, il n'en est pas de même.

Malgré les difficultés produites par le nouveau changement d'établissement, tout va être repris et tenté. Les neuroleptiques incisés et sédatifs, au fur et à mesure de leur apparition sont essayés, avec un succès d'ailleurs médiocre. Une nouvelle cure de Sakel est également effectuée. Comme tous les malades du service celle-ci participe à la psychothérapie de groupe. Le contraste entre son aspect physique agréable, son comportement peu perturbé et l'existence permanente d'un délire impressionnant en fait un élément énigmatique, qui permet la verbalisation dans le groupe de représentations fantasmatiques de la maladie mentale, processus qui s'avère souvent très positif. La prise en charge psychothérapique individuelle également envisagée, reste par contre difficile et aléatoire, et c'est peut être là le point faible de la thérapeutique.

Les relations soignants - familles semblent, au cours de l'hospitalisation, s'espacer au fur et à mesure que le temps passe. Ce phénomène doit-il être interprété comme une insuffisance, une faute, de l'équipe soignante, ou bien comme une évolution faticieuse sur laquelle rien ne peut avoir de prise ?

A notre avis, cette évolution, fréquemment retrouvée des rapports famille-soignants, s'explique par le rejet non exprimé de la malade par sa mère, qui provoque l'agressivité plus ou moins consciente des soignants. La crainte de la mère de se voir renvoyer par l'hôpital une fille qui est une charge insupportable pour elle, la menace plus ou moins brandie par certains membres de l'équipe soignante de redonner la malade si la famille ne se plie pas à leurs exigences, pervertissent les rapports de cette équipe avec la mère et les frères, en les transformant en rapports de force. L'impasse dans cette relation n'intervient peut-être pas directement sur l'évolution de la maladie. Elle favorise cependant le processus de chronicisation hospitalière en bloquant l'évolution affective de la malade au niveau de la dépendance complète des parents, dépendance que la malade transfère ultérieurement sur l'institution ou certains de ses membres.

Quel peut être l'avenir de notre malade ? Elle paraît actuellement stabilisée, si toutefois ce terme a un sens pour qualifier un état morbide dont l'expression symptomatique dépend étroitement du milieu où vit celui qui en est atteint.

Verra-t-on chez elle se dessiner le "lent mouvement progressif d'amélioration que l'on observe souvent chez les schizophrènes" dont parle H. EY. "Les malades, dit-il encore, comme s'ils sortaient d'un long tunnel, s'habituent de nouveau au jour, à la coexistence avec autrui, à une certaine forme d'activité, à condition que le milieu auquel ils sont à nouveau réadaptés soit assez ouaté pour ménager leur fragilité. C'est là certainement la forme de guérison la plus fréquente de la schizophrénie, et il s'agit d'une des formes terminales qui doivent toujours faire l'objet de l'espoir et des soucis thérapeutiques du médecin" (1).

(1) H. EY - Schizophrénies . E.M.C.

IIème PARTIE

- LE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE ET LA SOCIÉTÉ -

Entre l'intégration et le rejet, la place du psychotique dans la société varie sans cesse. La tolérance, c'est-à-dire une disposition à admettre chez les autres des manières de penser, d'agir et de ressentir qui diffèrent des siennes, détermine à chaque instant cette place.

Elle est liée à l'évolution de la société et, pour chaque malade, à l'évolution propre de sa maladie.

Les critères qui régissent les rapports des individus ont passé de la dominance du plan moral à celle du plan social. La tolérance vis-à-vis des malades mentaux n'est plus déterminée par leur seule inoffensivité, mais, de plus en plus, par leur utilité sociale, c'est-à-dire leur possibilité de travailler.

Les lois, qu'elles soient de réclusion (sous couvert de protection), puis d'assistance et de soins, d'adaptation et de réinsertion enfin, ont attesté la volonté des sociétés de structurer leur attitude, en fonction de leur tolérance, vis-à-vis de la maladie mentale.

Dans cette partie, nous analyserons les lois qui intéressent les malades mentaux chroniques, dans les domaines de l'hospitalisation, de l'assistance sociale et du travail. Nous tenterons de mettre en évidence leur bipolarité :

- dans le sens positif : l'aide qu'elles apportent au malade dans la recherche de sa survie sociale et de sa guérison
- dans le sens négatif : la relégation dans la maladie et la mort sociale qu'elles lui imposent souvent.

Auparavant, nous allons envisager l'aspect social de l'entrée dans la maladie qui revêt pour l'avenir de chaque malade, une particulière importance.

../..

CHAPITRE I : L'ENTREE DANS LA MALADIE

L'entrée objective dans la maladie, c'est pour le psychotique, le moment où est posé le diagnostic et envisagée une thérapeutique qui commencera le plus souvent par l'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Le moment de cette entrée est variable. Il dépend du seuil d'intolérance du milieu pour le malade, mais également de la tolérance du milieu par le malade. Il est aussi fonction de l'information du malade, de sa famille, du voisinage et du médecin en matière de psychiatrie, et plus particulièrement de la connaissance et de l'opinion que ces gens ont des institutions de soins psychiatriques de leur région.

Variable selon les maladies, les lieux, les classes sociales, ce début objectif médicalement et socialement constaté, est parfois fort éloigné du début subjectif de la maladie. Certains hétéophrènes par exemple, particulièrement en milieu rural ou dans les classes les plus aisées de la population, n'entrent en contact avec la psychiatrie qu'après plusieurs mois et même plusieurs années d'évolution. C'est le plus souvent un accident aigu dramatique, impulsion agressive ou auto-agressive qui entraîne la peur et le rejet du malade par l'entourage et conduit à l'hospitalisation.

Un tel processus entraîne pour les schizophrènes qui auraient pu bénéficier bien avant de thérapeutiques efficaces, une hospitalisation prolongée et d'énormes difficultés de réinsertion sociale. Ils ont souvent perdu leur travail ou n'en ont jamais eu, ils n'ont plus de droits vis-à-vis de la Sécurité Sociale. Paradoxalement, nous pourrions dire qu'ils sont chroniques avant d'être officiellement malades.

Le mode de début aigu est d'un meilleur pronostic si l'on considère qu'il va entraîner rapidement des soins efficaces. Il ne faut cependant pas oublier qu'il conditionne encore bien souvent le mode de placement à l'Hôpital et qu'il va entraîner la peur et l'hostilité de l'entourage. Si l'ordre public a été troublé et le malade placé d'office à l'Hôpital Psychiatrique, l'autorité préfectorale pourra, comme nous le verrons, s'opposer à sa sortie précoce, ce qui est souvent le cas dans les grandes villes.

De toute manière, une enquête policière aura lieu, qui, si elle n'a pas d'autres incidences, favorisera la crainte et l'hostilité diffuse du milieu, ce qui nuira à la réinsertion ultérieure du malade à sa sortie.

CHAPITRE 2 : L'INTERNEMENT

L'internement a une histoire. Elle commence, en France, par la fondation de l'Hôpital Général en 1656, à Paris, par Louis XIV. Un groupe d'établissements et de bâtiments de la ville sont placés sous une même administration et doivent recevoir les pauvres de Paris "de tous sexes, de tous âges, de quelque qualité et naissance, et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables". (1)

Dans toute la France, et dans le reste de l'Europe, un même mouvement "le Grand Renfermement" s'étend et se généralise. Pour Foucault, c'est la solution que le XVIIème siècle a trouvée pour résoudre une crise économique qui affecte le monde occidental. Depuis le début du siècle, la masse des pauvres, des chômeurs, des mendiants croît sans cesse et l'internement est institué partout, en Angleterre, en Allemagne, en France, pour réduire "la mendicité et l'oisiveté, sources de tous désordres" (2).

Avant cette date, les fous vivaient libres, parfois chassés des villes, parfois aussi soignés dans les établissements hospitaliers avec les autres malades. Dans cette chasse économique et morale à l'oisiveté, ils seront englobés. Comme les autres internés à l'Hôpital Général, ils sont astreints au travail obligatoire destiné à combattre les vices et le déséquilibre économique du pays. Mais, comme les mauvais pauvres, les fous constituent une main d'œuvre rétive, et le plus souvent, il existera un statut spécial pour eux. En 1660, on crée un lieu de renfermement des fous et des folles qui sont à l'Hôpital Général, les uns dans les sous-sols de Bicêtre, les plus furieux dans les loges des petites maisons.

On internera à l'Hôpital Général, de 1656 à la fin du XVIIIème siècle. La population y atteindra un pour cent de celle de Paris. Pendant cette période, en dehors des fous, on y trouvera :

../..

(1) Edit de 1656, cité par Foucault (ouvrage cité N°2)

(2) Ouvrage cité N°2

- les vénéériens, chassés de l'Hôtel Dieu à Paris et qui "n'y seront reçus qu'à la charge d'être sujets à la correction avant toute chose, et fouettés, ce qui sera certifié par billet d'envoi". (1)
- les homosexuels,
- les prostituées, les débauchés,
- les profanateurs, les blasphémateurs,
- les suicidants,
- les gens qui se mêlent de magie, de divination, d'alchimie,
- les libertins du coeur et de l'esprit.

Pour Foucault, le lien qui réunit cette population que l'âge classique maintient dans la réclusion, c'est la déraison.

"La déraison jusqu'alors présente partout, en chacun, intimement liée à la raison, n'est plus admise dans l'expérience de l'être social ; on la chasse, on l'isole, on l'arrache à la raison on l'objective en une catégorie d'associaux en qui elle se personifie. On la met à distance, à une distance qui n'est pas seulement symbolisée, mais réellement assurée à la surface de l'espace social par la clôture des maisons d'internement". (2)

Et de cet amalgame, créé dans le lien concret de l'internement, naîtra une nouvelle perception, une nouvelle expérience de la folie, celle d'où la psychiatrie moderne a tiré ses racines. "Annexant au domaine de la déraison à côté de la folie, les prohibitions sexuelles, les interdits religieux, les libertés de la pensée et du coeur, le classicisme formait une expérience morale de la déraison qui sert au fond de sol à notre connaissance scientifique de la maladie mentale". (3)

Dans les maisons d'internement, tel l'Hôpital Général, aucun rôle n'est attribué au Médecin. La justice, la police, la famille y font interner, par arrêts ou lettres de cachet sans qu'il soit nécessaire de fournir un certificat médical. Le médecin n'y est admis que pour soigner ceux qui y sont tombés malades.

Cette situation va se poursuivre jusqu'en 1790.

../..

(1) Histoire de l'Hôpital Général cité par Foucault (ouvrage cité N°2)

(2) D. Rotheberg (ouvrage cité N° 10)

(3) Foucault (ouvrage cité N°2)

C'est à cette date qu'un décret de la constituante libère les internés : "Dans l'espace de six semaines, à partir du présent décret, toutes personnes détenues dans les châteaux, maisons religieuses, maisons de force, maisons de police ou autres prisons quelconques, par lettre de cachet ou par ordre du pouvoir exécutif à moins qu'elles ne soient également condamnées, décrétées de prise de corps ou qu'il n'y ait contre elles plaintes en justice à l'occasion d'un crime important, peine afflictive ou renfermées pour cause de folie seront mises en liberté". (1)

En cette fin du XVIIIème siècle, les pauvres et les as-sociaux vont sortir des maisons d'internement. L'essor du capitalis-me industriel et les nouvelles structures économiques qu'il engen-dre vont nécessiter la présence d'une masse de pauvres et de chô-meurs qui ne pourra plus désormais échapper aux circuits économi-ques dont elle est une des conditions d'existence.

Pour les fous seuls, l'internement va subsister. Mais, chose nouvelle, il va se médicaliser. Le certificat médical d'ad-mission devient nécessaire, et une surveillance médicale s'institue. Et pour Foucault, "l'internement a pris peu à peu une valeur théra-peutique et ceci par le réajustement de tous les gestes sociaux ou politiques, de tous les rites imaginaires ou moraux qui depuis plus d'un siècle, avaient conjuré la folie et la déraison."

De la maison d'internement, va naître l'asile et la psy-chiatrie classique. Foucault illustre par deux exemples, cette nais-sance : l'expérience de Tuke en Angleterre et celle de Pinel en France.

Tuke, membre de la société des Quakers, organise près de la ville d'York une maison réservée aux aliénés membres de la société des Quakers dont il pense qu'elle est en elle-même un traitement de la folie. Située à la campagne, "La Retraite" permet dans une atmosphère de calme et d'air pur le rapprochement de l'alié-né et de la nature. Les fenêtres et les portes sont sans grilles. Sur les terres adjacentes, les aliénés sont astreints à travailler.

../..

(1) Décret de 1790 - cité par Foucault (ouvrage cité N°2)

Le travail est imposé comme une règle morale, et non dans un but de productivité. Aliénés et gardiens forment une communauté de type familial où les parents - gardiens réenseignent aux enfants-aliénés les principes de la raison et du devoir. Dans ce système non répressif, le fou doit apprendre à se conduire comme un être normal. "Il faut leur appliquer un nouveau système d'éducation, donner un nouveau cours à leurs idées". (1)

En France, à la même époque, Pinel délivre les aliénés de leurs chaînes et commence à organiser l'asile. Pour Le Guillant, Bonnafé et Mignot, "Ce qui donne toute sa valeur au geste de Pinel ce n'est pas d'avoir guéri quelques aliénés, ce n'est pas davantage d'avoir amélioré quelque peu le régime d'existence de quelques autres. Beaucoup de malades mentaux avaient été beaucoup mieux soignés, beaucoup mieux traités auparavant que ne le furent jamais les malades de Pinel. Ce qui fit l'immense portée de son geste, c'est le lieu où il a été fait, c'est parce qu'il a travaillé parmi les plus déchus, parmi les moins curables, dans le dernier bas-fond du pire lieu de réjection de la société, que les résultats, somme toute bien modestes, ont pris une telle valeur et qu'ils ont marqué un tournant décisif dans l'histoire de la psychiatrie". (2)

"Si Pinel a ouvert une ère nouvelle en psychiatrie, c'est qu'il a été le premier à entreprendre, contre tout bon sens, de traiter les plus incurables, les plus définitivement chroniques. Tant il est vrai que c'est là l'attitude la plus authentiquement psychiatrique, celle qui n'accepte pas de faire la part du feu, celle qui ne veut rejeter personne hors du droit aux soins". (2)

Mais, l'asile est créé, qui va permettre à la folie désormais légiférée et protégée, d'être aussi objectivée, classée, fixée, au nom de l'objectivité scientifique, dans le cadre rigide de la psychiatrie classique.

La science médicale née dans les maisons d'internement n'organisera pas pour autant seule la vie des malades mentaux. La morale qui l'avait fait jusque là restera intimement liée à elle dans cette tâche. Et cette dualité, que nous retrouverons tout au long de cette étude, subsiste encore de nos jours, dans l'esprit

../..

(1) S. Tuke cité par Foucault (ouvrage cité N°2)

(2) Le Guillant, Bonnafé, Mignot (ouvrage cité N°6)

de tous, malades, soignants et public, comme dans le cadre légal fixé à la folie par notre société.

CHAPITRE 3 : LA LOI DU 30 JUIN 1838 ET LES AUTRES FORMES D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

La loi du 30 Juin 1838, rappelons-le, fixe, entre autres, le mode de placement des malades dans les hôpitaux psychiatriques.

Héritier de l'internement par lettre de cachet, le placement d'office à l'hôpital psychiatrique est décidé par l'autorité préfectorale pour les malades qui, "atteints d'aliénation mentale dangereuse" troublent ou sont susceptibles de troubler l'ordre public. Le certificat médical préalable à l'entrée n'est pas absolument nécessaire. Il ne l'est que si la procédure est déclenchée par le maire ou le commissaire de police et confirmée ensuite par le préfet. Un certificat médical est établi par le médecin de l'hôpital vingt quatre heures, puis quinze jours après l'admission. La sortie du malade, qu'il s'agisse d'une simple permission, d'une sortie d'essai ou d'une sortie définitive, ne peut être décidée que par l'autorité préfectorale, sur la proposition du Médecin.

Le placement volontaire a lieu, lui, à la demande d'un membre de la famille et au vu d'un certificat médical établi par un médecin étranger à cette dernière et à l'établissement psychiatrique où va aller le malade. Ce certificat, dont la formule est strictement codifiée, doit conclure à la nécessité du placement dans un établissement régi par la loi du 30 Juin 1838. Ce mode de placement donne lieu, comme le placement d'office, à la rédaction d'un certificat de vingt-quatre heures, et d'un certificat de quinzaine. La sortie du malade, en permission, à l'essai ou définitivement est décidée par le médecin de l'établissement. La famille peut, si elle l'exige, obtenir la sortie contre avis médical en signant une décharge.

Les malades mentaux placés selon cette loi de 1838 sont maintenus dans des pavillons fermés, leur courrier est ouvert, leurs objets personnels leur sont enlevés. Leurs biens étaient et sont souvent encore administrés, sans qu'il soit tenu compte de leur volonté, selon un mode que nous étudierons plus loin. Les aliénés sont placés sous la protection du Procureur de la République qui a le devoir de les visiter. Le Tribunal d'Instance, saisi par lui

ou par un membre de la famille du malade, un de ses amis, peut décider sa sortie immédiate s'il le juge nécessaire.

"Un livre de la loi" est tenu par l'établissement, où sont portés les noms de chacun des malades et rattachés les arrêtés ou certificats les concernant. Il doit être visé périodiquement par le Procureur de la République du lieu. La loi, on le voit, accumule les garanties, afin que nul bien portant ne se trouve interné arbitrairement, par erreur ou par malveillance. Quant aux vrais malades mentaux, elle vise surtout à les maintenir exclus de la société, dans l'attente indéterminée d'une guérison hypothétique.

Durant des décennies, les psychotiques chroniques y ont été, dans leur ensemble, soumis. Ce n'est que dans la période de l'entre deux guerres qu'apparurent les autres modes de soins et d'hospitalisations qui permirent de les traiter sans internement.

Actuellement, la loi de 1838 est toujours applicable et appliquée avec plus ou moins de souplesse selon les départements.

En ce qui concerne le placement d'office, souvent l'autorisation préfectorale se contente d'entériner les décisions médicales de sortie. Parfois elle le fait même à postériori, après la sortie du malade, ce qui lui évite d'être victime de la lenteur administrative. Au contraire, et en particulier dans certaines grandes villes, des malades sont encore maintenus internés par la volonté de l'administration, dans le cadre de la loi. Le placement volontaire s'est lui assoupli. Le malade peut signer lui aussi son placement (auto-placement volontaire). Il peut, le plus souvent sortir de l'enceinte de l'hôpital, rentrer dans sa famille en permission, ou même être hospitalisé seulement à temps partiel.

Pour nous, il est certain que la loi sur l'internement a joué et joue encore un rôle important comme facteur de chronicisation. Son inconvénient majeur nous paraît être la fixation du mode de placement, de façon parfois durable, par l'état du malade à l'entrée à l'hôpital et les symptômes les plus spectaculaires qui ont motivé son hospitalisation. Les symptômes sont souvent modifiés très rapidement par les thérapeutiques, le placement lui, l'est parfois beaucoup plus lentement par l'administration. Elle soumet également le malade à une série de "brimades" telles que suspension du permis de conduire, enquête policière auprès de l'entourage, qui,

heureusement non systématiquement pratiqués ne favorisent pas sa réinsertion ultérieure.

On s'explique pourquoi la tendance actuelle est de soigner les psychotiques chroniques sans internement, en service libre, les nombreux séjours à l'Hôpital, souvent nécessaires pour eux, en sont facilités et écourtés. Il ne faut cependant pas oublier que les psychotiques doivent être parfois soignés contre leur gré, ou malgré les réticences de leur famille. L'internement nous en fournit la possibilité légale. De cette arme dangereuse sous laquelle transparaissent le moralisme, la répression et le rejet, il appartient aux thérapeutes de ne pas abuser.

CHAPITRE 4 : LA PROTECTION DES BIENS DES MALADES MENTAUX

I° - Jusqu'au 1er Janvier 1969, la grande majorité des malades mentaux hospitalisés sous le régime de la loi du 30 Juin 1838, se sont vus privés de l'administration de leurs biens. Ceux-ci, qu'il s'agisse d'immeubles, ou plus simplement de prestations en espèces versées par les caisses d'Assurance Maladie ou même les allocations familiales ou de petites sommes adressées par l'intermédiaire du service postal, par les familles, étaient confiés à un administrateur provisoire. Celui-ci, le plus souvent un notaire, représenté par un mandataire salarié de l'Hôpital, était chargé de la gestion de ces biens, selon des règles très strictes qui visaient à conserver intact le patrimoine jusqu'à la guérison et la sortie du malade.

Des sommes qu'il était sensé recevoir, le malade ne touchait que 10 % au titre de "douceurs". Le reste était placé par le receveur-percepteur, sous le contrôle de l'Administrateur des Biens, en bons du trésor à échéances lointaines.

Cette situation était devenue incompatible avec les progrès de la psychiatrie. Les inconvénients en étaient multiples :

- les conjoints et les enfants du malade se voyaient parfois privés complètement de ressources si l'Administration Provisoire appliquait strictement la loi.
- Certains malades en sortie d'essai, permission ... étaient privés de leurs ressources (prestations sociales et familiales - salaires...) qui continuaient à être gérées par l'Administration des Biens.

../..

- Certains malades hospitalisés pendant de longues périodes vivaient misérablement à l'Hôpital, alors que le capital ainsi amassé dépassait la centaine de milliers de francs. Seuls leurs héritiers, parfois lointains et ne s'en n'étaient jamais occupés, bénéficiaient à leur mort de cet argent.
- Parfois encore des malades sortaient de l'Hôpital en se voyant remettre une liasse de bons du trésor remboursables dans quelques années.
- Par ailleurs, ce cadre légal permettait un abus flagrant, le receveur-percepteur de l'établissement étant à la fois chargé de recevoir l'argent des malades et de recouvrer les frais d'hospitalisation. Certains malades se voyaient ainsi privés de l'argent qu'ils avaient sur eux en entrant ou qu'ils avaient pu recevoir par mandats de leur famille et des organismes sociaux pendant leur hospitalisation, si lors de leur sortie, la prise en charge à 100 % des frais d'hospitalisation n'était pas parvenue à l'établissement.

2° - La loi sur les incapables majeurs du 3 Janvier 1968 a mis fin à cette situation.

Cette loi permet au malade, quel que soit son régime d'hospitalisation, de conserver entièrement sa capacité à gérer ses biens ou de se voir protéger par l'un des trois régimes prévus :

a) La mise sous sauvegarde de justice - permet au Médecin grâce à une simple déclaration adressée au Procureur de la République du lieu, de placer le malade pour une période de 6 mois renouvelable, sous un régime qui lui conserve sa capacité civile ; mais permet au Tribunal de rescinder les actes qu'il pourrait effectuer et qui le lèseraient.

b) La tutelle permet au malade incapable de gérer ses biens, de voir ceux-ci administrés par un tuteur, le plus souvent le conjoint ou un autre membre de la famille, sous la surveillance d'un conseil de tutelle et du Juge des Tutelles.

"Une tutelle est ouverte quand un majeur a besoin d'être représenté d'une manière continue dans tous les actes de la vie civile".

"Le juge ne peut prononcer l'ouverture d'une tutelle que si l'altération des facultés mentales ou corporelles du malade a été constatée par un médecin spécialiste choisi sur une liste établie par le Procureur de la République".

c) La curatelle est une tutelle simplifiée qui permet de prendre des mesures conservatoires urgentes, si le malade est incapable de les prendre lui-même. Elle évite de recourir à la procédure plus lourde de la tutelle.

Cette loi, adaptée au monde moderne et aux progrès de la psychiatrie, représente un progrès considérable. La mesure de sauvegarde en particulier, nous paraît présenter l'intérêt d'être très souple et dans le cas des psychotiques chroniques, qui entrent et sortent fréquemment de l'Hôpital et risquent de compromettre leur patrimoine par des actes irréfléchis, donner une garantie permanente de protection à minima.

Etant donné le nombre de malades mentaux hospitalisés, le législateur n'a pas voulu compromettre l'application de la loi par une surcharge massive des juges des tutelles sous "une avalanche de dossiers". Il a prévu un délai de 5 ans pendant lequel les malades hospitalisés avant Juillet 1968 pourront rester sous l'ancien régime de l'Administration Provisoire des Biens, sauf si une personne habilitée à le faire, demande pour eux, l'application de la nouvelle loi.

Selon les départements, une masse variable de malades restent donc soumis au régime anachronique de l'Administration Provisoire des Biens prévu par la loi du 30 Juin 1878.

CHAPITRE 5 : LES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES ET L'ASSISTANCE SOCIALE

En France, à la différence de certains pays étrangers la législation sociale a, dès son apparition, assimilé les malades mentaux aux autres malades. Les psychotiques chroniques bénéficient, actuellement, des mêmes avantages que les tuberculeux, les cancéreux ou les cardiaques. Leur maladie pourtant est différente et la notion d'invalidité, par exemple, a chez eux, un aspect bien différent de celui des malades chroniques somatiques.

Très peu de malades chroniques hospitalisés dans les établissements psychiatriques publics ou privés, paient avec leurs propres ressources familiales le coût de leur séjour. La Sécurité Sociale et, dans une moindre mesure, l'Aide sociale, couvrent le

../..

plus souvent à 100 % les frais d'hospitalisation. L'une comme l'autre appliquent le système dit du "tiers payant", c'est-à-dire qu'elles règlent directement les établissements hospitaliers, sans que le malade ou sa famille aient à avancer les fonds. Ce système représente un progrès social qui permet aux malades de se soigner où ils le désirent, et dans une position qui n'est plus celle d'assistés, qu'ils ont longtemps connue. Il a cependant l'inconvénient de masquer aux malades, aux familles, et même parfois aux médecins la notion du prix d'une hospitalisation prolongée et du problème économique qu'elle pose. Ce n'est qu'à un tout autre niveau, celui du budget des caisses d'assurance maladie et du budget d'aide sociale des collectivités locales qu'apparaît le "coût social" de la maladie.

Les malades ne connaissent pas, en règle générale, le prix de journée de leur hôpital. Les médecins, pour leur part, ne s'inquiètent guère de voir ces prix de journée varier dans le rapport de un à cinq, d'une région à l'autre, et même parfois d'un hôpital à l'autre dans une même ville.

Les élus locaux, les administrateurs de caisses, eux ont souvent pour seul but de maintenir au plus bas les prix de journée, dans le but de diminuer ainsi le coût global de l'hospitalisation. Ils parlent volontiers d'une "meilleure gestion des établissements de soins".

En fait, en psychiatrie, comme peut être ailleurs, il est facile de prouver que maintenir à un taux bas le prix de journée conduit à réduire le nombre du personnel soignant qualifié. Les soins aux malades en pâtissent. Toute prise en charge psychothérapique devient impossible, tant à l'intérieur de l'hôpital qu'en post-cure. Seuls, les "soins généraux", survalorisés, sont effectués, parfois avec quelques restrictions dans les thérapeutiques médicamenteuses lorsqu'en fin d'année, le budget de pharmacie est épuisé.

De telles conditions allongent la durée des hospitalisations et augmentent la chronicité. Il faut alors augmenter peu à peu le nombre de lits, et de la surcharge passer aux investissements immobiliers, coûteux et inefficaces mais qui satisfont les malades, les infirmiers, les médecins et les administrateurs.

../..

Une telle politique, au bout du compte la plus couteuse, conduirait si elle était poursuivie, à la création de "psychopoles" de cinq à dix mille lits, comme aux Etats Unis, véritables fabriques de chroniques.

La différenciation entre services actifs, à haut prix de journée, où les séjours sont courts et les services de "chroniques" à bas prix de journée, où se voient rejetés les "déchets" des premiers paraît encore moins satisfaisante. L'organisation des services actifs ne permet pas la prise en charge à long terme de malades tels que les schizophrènes et il est certain, qu'à un moment ou l'autre de l'évolution de leur maladie, ils se verront rejetés dans les hôpitaux pour chroniques. Le but de ceux-ci n'est plus de rechercher la guérison et la réinsertion du malade, mais de lui permettre de vivre, aux moindres frais pour la société. Organisés "pour" la chronicité, ils ne peuvent que la favoriser en lui donnant les conditions idéales pour s'étendre.

La politique actuelle du secteur, qui différencie les structures de soins, non en fonction de la durée des séjours, mais en fonction de l'état des malades, permet comme le disent Le Guillant, Bonnafé et Mignot "de fournir aux malades, au moment où ils en ont besoin, des conditions d'existence privilégiées adaptées à leurs handicaps". (1). La différenciation des modes d'hospitalisation se fait dans une même institution : hospitalisation à plein temps, de nuit, de jour, ou à domicile ...

La prise en charge à long terme est ici pratiquement obligatoire et se poursuit, dans les structures adéquates (dispensaires, foyers de post-cure) en dehors des périodes d'hospitalisation. Une telle politique paraît humainement souhaitable, et rentable à long terme pour le budget social de la nation. Elle est cependant, comme nous le verrons, handicapée par l'existence, dans certains secteurs, d'un nombre considérable de chroniques préexistants, dont l'intégration paraît difficile.

Si les malades sont peu conscients des problèmes économiques posés par leur hospitalisation, ils sont par contre, fort conscients des rapports d'argent qui existent entre eux et les organismes d'Assurance et d'Aide sociale, sous forme de prestations

../..

(1) Ouvrage cité N°6

en espèces. La loi sur la protection des incapables majeurs qui a remplacé l'administration provisoire des biens des malades internés leur laisse la disposition de ces prestations.

La majorité des malades, assurés sociaux du régime général, perçoivent au début de leur maladie, des indemnités journalières égales à la moitié de leur salaire, réduites s'ils sont hospitalisés. Si la durée de l'arrêt de travail dépasse 3 ans, sans qu'elle soit entrecoupée de reprise supérieure à 120 heures, ils sont automatiquement placés en "invalidité". Il leur est attribué une pension, dont le montant est inférieur à celui des indemnités journalières et qui est également réduite en cas d'hospitalisation.

Les fonctionnaires, agents des collectivités locales et employés des entreprises nationalisées, bénéficient pendant les premières années de leur maladie de conditions financières meilleures. Ils perçoivent intégralement leur salaire pendant une durée de 3 ans, puis la moitié de celui-ci pendant 2 ans, après quoi ils sont "mis en invalidité" dans les mêmes conditions que les autres salariés.

Les artisans, exploitants agricoles et autres non salariés voient leur maladie, s'ils ne peuvent travailler, se traduire par une perte considérable des revenus. Si le malade ne perçoit pas de prestations en espèces d'une Caisse d'Assurance Maladie, et s'il est par ailleurs dépourvu de ressources, la loi du 2 Août 1949 permet à l'Aide Sociale de lui verser l'Aide aux Grands Infirmes. S'il est hospitalisé, cette prestation est automatiquement supprimée.

Les pensions d'invalidité, comme l'Aide aux Grands Infirmes, ont à notre avis, un inconvénient majeur, c'est leur modicité. Les unes comme les autres, ne permettent pas à un malade isolé de subvenir à ses besoins. Les termes d'invalidité et d'infirmité sont l'expression d'un autre inconvénient de ces prestations qui fixent les malades dans un état permanent de "diminué" dont ils retirent un bénéfice, minime mais existant. Leur inadéquation dans le cas des psychoses chroniques nous paraît résulter de ces deux aspects. Le manque de ressources est souvent, pour les psychotiques chroniques stabilisés, la cause de leur hospitalisation permanente.

D'ar ailleurs, le fait qu'ils perçoivent une pension d'invalidité provoque parfois chez eux une résistance à la réinsertion professionnelle.

Le législateur a tenté d'améliorer le système en permettant aux malades de conserver toute ou partie de leur pension s'ils effectuent un travail rémunéré pendant une période transitoire ou prolongée.

Pour les psychotiques chroniques, même les plus gravement atteints, la majoration de prestations pour "nécessité d'assistance d'une tierce personne dans les actes de la vie courante" n'est que très rarement accordée. C'est à notre avis une erreur car une telle aide, imiterait certaines familles qui en ont la possibilité à prendre elle-mêmes en charge leurs malades, soit en permanence, soit par périodes, ce qui diminuerait les frais d'hospitalisation.

CHAPITRE 6 : LES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES ET LA LEGISLATION DU TRAVAIL

Si la législation sociale s'est préoccupée depuis longtemps et dans un sens favorable des malades mentaux chroniques, il n'en n'est pas de même de la législation du travail.

D'abord, celle-ci, reflet de l'attitude générale de méfiance à l'égard des malades mentaux, s'est souciee d'exclure ceux qui n'étaient pas définitivement guéris de la vie professionnelle. Des séquelles de cette attitude se retrouvent encore un peu partout. Notons par exemple l'impossibilité d'entrer dans la fonction publique si l'on est atteint d'une maladie mentale "non définitivement guérie". La médecine du travail a eu, pendant longtemps pour seul objet, en matière de psychiatrie, de dépister à l'embauche dans l'entreprise, l'existence ou simplement les antécédents de troubles psychiques.

Les malades mentaux, parfois même ceux qui étaient complètement guéris et capables d'exercer leur métier, se sont ainsi vus rejeter hors du milieu de travail.

La situation s'est modifiée et évolue actuellement à grands pas, depuis l'existence de "la loi sur l'emploi des travailleurs handicapés".

Cette loi oblige certaines entreprises à employer des travailleurs reconnus handicapés par une commission médicale organisée par la Direction Départementale du Travail. C'est d'abord de façon tout à fait accessoire que cette loi, destinée principalement au reclassement des handicapés physiques, a été appliquée aux malades mentaux. Aucun texte les concernant n'est venu compléter la loi en cette matière et la notion du handicap, très bien catégorisée et classifiée pour les handicapés physiques, reste imprécise pour les malades mentaux.

Seul, l'intérêt porté par les psychiatres participant à cette commission au problème de reclassement et à l'information des employeurs, permet, dans certains cas, des résultats intéressants. L'action des offices sociaux de la Fédération de Croix Marine qui informent les employeurs et organisent le reclassement, est dans de nombreuses régions, d'un intérêt certain.

L'étude par les Médecins du Travail, en collaboration avec les psychiatres, des problèmes posés par le travail des malades mentaux dans les entreprises, semble ouvrir des perspectives d'avenir encore meilleures dans la voie de la réinsertion professionnelle des psychotiques chroniques.

IIIème PARTIE

LE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

A un moment quelconque de sa maladie, le psychotique chronique va séjourner à l'Hôpital Psychiatrique.

Instrument de soins, mais aussi de chronicisation, l'institution va avoir sur l'évolution de la maladie une influence capitale. L'asile, devenu Hôpital Psychiatrique, puis Centre Psychothérapique, a lui-même connu des mutations considérables. Actuellement, médecins, architectes et économistes le voient de deux façons différentes et même opposées :

Certains préconisent l'Hôpital Village de moyenne ou grandes dimensions avec une infra-structure considérable, un domaine foncier important, et situé à l'écart de toute grande agglomération. D'autres, au contraire, préfèrent de petites unités de 100 lits réparties dans chaque secteur, occupant une faible surface et situées dans une agglomération.

Dans le premier temps de cette deuxième partie, nous suivrons le malade depuis son entrée (accueil) jusqu'à sa sortie, en analysant au passage les différentes formes de prise en charge qui lui sont proposées : médicale, ergothérapique, sociothérapique...

Dans un second temps, nous allons tenter de mettre en évidence l'influence que peuvent avoir les diverses formules d'institution sur le psychotique chronique et la place qui lui est faite dans celles-ci. Nous utiliserons pour cela, deux exemples d'Hôpitaux récents, particulièrement typiques de ces deux conceptions :
- un Hôpital-village, l'Hôpital Psychiatrique Départemental de La Valette à SAINT VAURY (Creuse)
- Un Hôpital urbain de secteur, le Service Psychothérapique du Centre Hospitalier de BLOIS.

../..

CHAPITRE I : L'ACCUEIL

Du premier contact avec l'Hôpital et surtout avec ceux qui s'y trouvent, pensionnaires, infirmiers, médecins, vont dépendre en partie l'avenir du malade et l'efficacité des soins qu'il recevra.

Nous avons vu, dans le chapitre intitulé "l'entrée dans la maladie" divers aspects de ce qui entoure et précède l'hospitalisation. C'est maintenant l'arrivée du malade à l'Hôpital et les premiers jours qu'il va y passer que nous allons étudier.

Dans le meilleur des cas, le malade n'arrive pas en terre tout à fait inconnue. Vu auparavant en consultation, il est déjà connu et connaît un peu lui-même ce lieu si particulier et surtout si mystifié qu'est l'hôpital psychiatrique. Mi-passif, mi-consentant, il accepte d'en discuter, sans qu'il soit fait appel à une coercition qui grèverait d'emblée ses rapports avec ceux qui vont le soigner.

Le séjour préalable dans un service de médecine nous paraît également favorable, s'il permet une consultation de psychiatrie où sera discutée, avec le malade et sa famille, la nécessité de l'hospitalisation en milieu spécialisé. Malheureusement, l'état du malade ne le permet pas toujours. Parfois aussi, celui-ci est enfermé dans un "cabanon", de sinistre réputation, et va souffrir davantage encore de cette situation avant son transfert en psychiatrie.

Certains hôpitaux psychiatriques, équipés d'ambulances, envoient des infirmiers chercher les malades à leur domicile, si la famille et le médecin signataire du certificat d'internement le demandent. Cette méthode permet le plus souvent d'amener, avec un minimum de coercition, le malade à l'hôpital. Elle présente l'inconvénient de nécessiter l'organisation d'un service coûteux, et de mobiliser des infirmiers pour une tâche qui aurait pu être accomplie par d'autres. Elle renforce aussi, à notre avis, l'idée répandue dans la conscience populaire, que la folie est affaire de "spécialistes" et qu'un "fou" ne saurait être amené à l'hôpital comme un autre malade.

Dans les cas moins favorables, le malade arrive contre son gré, amené par les membres les plus musclés de sa famille ou la police, ou les pompiers. Parfois, pour faciliter le transport il a été trompé sur sa destination. Souvent, on lui a dit qu'on l'emmenait "en consultation". C'est tout étonné qu'il va voir ceux qui l'ont amené s'en aller, subrepticement et le laisser seul dans un endroit et avec des gens qu'il ne connaît pas ; ou plutôt qu'il connaît trop, car comme les autres, il a lui aussi une idée de l'Hôpital Psychiatrique.

Au pire, c'est attaché qu'il va arriver, après une lutte où il aura été vaincu. Et si les moyens de contention ont peu à peu disparu des services psychiatriques, ceux qui y amènent les malades les utilisent encore plus souvent que la pharmacopée psycholeptique.

D. Rothberg analyse ainsi la "situation d'oppression qui amène le malade à l'hôpital psychiatrique" : "Dans la plupart des cas, l'interné se trouve ainsi impliqué dans tout un réseau de forces, objet de déploiement de tout un appareil administratif et policier, après lequel seulement apparaît la situation médicale.

Et cette situation de force n'est pas due à la maladie mentale, ce n'est pas parce qu'un homme est fou, ce n'est pas parce qu'il n'est pas conscient de sa maladie que cette situation s'est créée. Ce sont les modes d'internement qui ne sont ni médicaux, ni thérapeutiques, mais essentiellement répressifs et perçus comme tels par tous.

Le maire, le commissaire, le médecin de famille, la famille, devant la procédure de l'internement ne peuvent avoir l'appréhension médicale de leur geste. Consciemment ou inconsciemment, interner, pour eux, c'est d'abord rejeter, enfermer, et non pas faire soigner.

Tant que ces conditions ne seront pas profondément modifiées, la relation thérapeutique à l'intérieur de l'hôpital restera toujours marquée de ce "péché originel". Le médecin restera profondément un prolongement de cette situation de force et cela dans l'esprit du public, du personnel soignant, y compris le médecin lui-même, des malades enfin, même ceux qui sont venus plus ou moins volontairement". (1)

.../...

J. Oury préconise, dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle, un accueil "non traumatisant", "visant à établir des rapports d'authenticité" avec le malade. (1)

Comment concilier ces deux nécessités contradictoires : amener parfois contre son gré le malade à se soigner, le "maintenir" à l'hôpital et établir entre l'institution et lui une relation thérapeutique ? Là, résident toutes les difficultés de l'accueil.

Après l'entrée à l'Hôpital, le règlement prévoit pour le malade, toute une série de mesures à prendre : confiscation des vêtements et objets personnels, dont il sera dressé un inventaire, de l'argent qui sera déposé chez le receveur, douche, ré-habillage avec l'uniforme de l'hôpital, alitement, isolement ...

Ces mesures, écrit E. GOFFMAN, entrent dans le cadre d'une "cérémonie initiatique" et il les rapproche de celles pratiquées à l'arrivée dans les prisons, à l'armée, et, dans toutes les institutions qu'il qualifie de "totalitaires" (2). Elles aboutissent, pense-t-il, sous couvert de nécessités matérielles, à dépersonnaliser celui qui en est victime, à lui retirer tout ce qui peut faire de lui un individu, ce qui peut le différencier des autres. On conçoit l'intérêt de cette analyse de l'accueil, qu'Erving GOFFMAN effectue à partir de son expérience d'un asile américain, si on l'applique à l'accueil du psychotique à l'Hôpital Psychiatrique.

Déjà partiellement coupé de la réalité, ce dernier se voit enlever les derniers liens qui peuvent encore l'y attacher et plonger dans un monde, dont le moins qu'on puisse dire est qu'il n'est pas d'emblée restructurant pour lui.

C'est dans ce contexte qu'intervient l'élément positif constitué par la prise de contact avec l'équipe soignante. Les infirmiers, l'interne, le médecin chef vont tenter d'appréhender cet individu complexe et plus ou moins impénétrable qu'est le psychotique. Ils vont aussi tenter d'aller au-delà, d'instituer dès l'abord une relation dépourvue d'angoisse, d'agressivité, de coercition entre le malade et eux.

En fait, ils n'ont déjà plus devant eux le malade tel qu'il se présentait avant d'avoir subi la procédure de l'internement

..//..

(1) J. Oury - Ouvrage cité N°7

(2) Erving GOFFMAN - Ouvrage N°3

et le cérémonial de l'admission, mais un "chronique en puissance". Leur tâche va consister, suivant les cas, et selon un processus qu'ils ne maîtrisent qu'imparfaitement, à lui éviter cette chronicisation qui le menace, ou au contraire, à l'organiser et la pérenniser.

CHAPITRE 2 : LA PRISE EN CHARGE DES INSTITUTIONNELS CHRONIQUES DANS L'INSTITUTION

A partir de quand un malade hospitalisé devient-il chronique ? C'est une chose difficile à préciser, depuis que peu à peu a été supprimée la classification qui, à l'intérieur des hôpitaux différenciait les divers pavillons en fonction de leur population (admissions- chroniques - travailleurs - arriérés ...). La chronicisation n'est donc plus entérinée par un changement de lieu, symbole de l'échec et du renoncement thérapeutique.

La chronicité se manifeste cependant de façon subtile et diffuse partout à l'Hôpital Psychiatrique. Certains de ses aspects sont positifs : il est certain qu'il existe et existera peut être toujours des psychotiques qui ne peuvent vivre en dehors du milieu ultra-protégé de l'hospitalisation. Organiser cette vie, lutter contre leur détérioration, même s'ils paraissent socialement irrécupérables, paraît possible et souhaitable, sans qu'une ségrégation se crée entre eux et les autres malades.

Un autre aspect est négatif : celui qui pervertit l'institution en la transformant en instrument de chronicisation dont le but n'est plus la sortie et la réinsertion sociale du malade, mais son maintien dans une situation de diminué et d'assisté.

La prise en charge médicale que nous allons d'abord étudier, s'est longtemps réduite à la simple observation de l'évolution de la maladie.

Le rôle du médecin aliéniste consistait surtout à déterminer à tout moment, en fonction de l'état du malade, ce qui était possible ou nécessaire pour lui : s'il pouvait passer d'un pavillon d'agités à un pavillon de tranquilles, s'il pouvait travailler ou au contraire, s'il devait être isolé, ou si des moyens de contention lui étaient nécessaires.

L'apparition, en 1932, d'un traitement de la schizophrénie par l'injection répétée d'insuline à doses comatogènes, codifié par Manfred Sakel, a inauguré une ère nouvelle en introduisant une dimension thérapeutique active.

La convulsivothérapie, rendue facile et peu dangereuse grâce aux études de Cerletti et Bini, introduite en France par Lapipe et Rondepierre en 1941, apporte un élément thérapeutique également intéressant. Elle permet une intervention rapide et efficace sur les manifestations aiguës dramatiques qui, auparavant laissaient le psychiatre désarmé.

Les neuroleptiques, à partir de 1952, entament la grande transformation de la thérapeutique des psychoses et marquent le point culminant du rapprochement entre les soins aux malades mentaux et ceux donnés dans les autres spécialités de la médecine.

Une autre dimension du rôle du médecin va se dessiner à partir de 1945 : celle d'une prise en charge de l'institution, considérée comme globalement thérapeutique. La prise en charge médicale n'est plus limitée au malade lui-même, mais intéresse chaque lieu, et tous les gens qui s'y trouvent, malades et personnel. Cet investissement médical, utilisant les données de la pratique psychanalytique, vise à orienter l'ensemble du milieu vers la désaliénation. Les malades ne sont plus soignés seulement en tant qu'individus isolés de leur contexte de vie, mais aussi à travers le système de médiations représenté par les structures de l'institution. C'est là la dimension essentielle apportée par la thérapeutique institutionnelle à la prise en charge médicale en Hôpital psychiatrique. J. OURY la définit ainsi : "la thérapeutique institutionnelle consiste à articuler, dans une structure sociale concrète, les techniques d'ambiance et les techniques psychothérapeutiques en un système global de soins psychiatriques. Cette articulation se réalise par le biais de systèmes de médiation contrôlés médicalement entre l'ensemble du personnel de l'hôpital et l'ensemble des malades". (1)

C'est la thérapeutique institutionnelle qui a donné aux diverses formes de prise en charge thérapeutique des psychotiques chroniques que nous allons étudier (ergothérapie-sociothérapie-clubs ...) toute leur valeur.

—/—

(1) J. OURY cité par Ayme, Rappart, Torrubia - Thérapeutique Institutionnelle E.M.C.

Le travail thérapeutique n'est pas une idée récente. Déjà, Pinel le préconisait et relatait ainsi sa visite à l'asile de Saragosse : "l'expérience la plus constante a appris dans cet hospice que les travaux des champs sont le moyen le plus sûr et le plus efficace de recouvrer la raison ; et que les nobles qui repoussent avec mépris et hauteur toute idée de travail mécanique, jouissent aussi du triste privilège de voir s'éterniser leurs troubles mentaux et leur délire". (I)

Le travail des malades a toujours existé à l'Hôpital Psychiatrique. Ses fondements ne sont pas à notre avis purement thérapeutiques. Pendant longtemps, ce travail, quasi obligatoire pour les malades valides, a plutôt représenté pour ceux qui ne payaient pas leur hospitalisation, une façon de participer au coût de leur entretien (principe de la "dette" du malade assisté, vis-à-vis de la collectivité en général). Pendant longtemps d'ailleurs les Hôpitaux Psychiatriques ont fonctionné avec des prix de journée dérisoires, qui s'expliquaient en partie par la présence prolongée de ces malades chroniques qu'on appelait "Bons travailleurs", et qui fournissaient aux établissements une main d'oeuvre bon marché pour leur fonctionnement économique.

C'est H. SIMON, qui, en mettant en évidence la valeur du travail médicalement contrôlé des aliénés, a théorisé l'ergothérapie. Il note en particulier son action sur l'angoisse et l'agitation : "Dans les cas d'inquiétudes internes, exiger du malade qu'il reste tranquille sur une chaise ou simplement au lit, c'est lui demander quelque chose de supérieur à ses forces. Il en est de même des malades confus et intensément agités. Souvent, nous pouvons voir ici que l'angoisse et l'inquiétude s'apaisent si nous habillons les malades et leur laissons une certaine liberté de mouvements hors du lit, mais naturellement sans les laisser à une décharge paroxystique de la tension intérieure, mais en les faisant conduire au bras d'un infirmier ou d'un autre malade plus tranquille au jardin. Ces malades ne peuvent se livrer qu'à une activité facile qui permet les mouvements les plus simples des muscles (sans effort), par exemple : aider à porter une corbeille, balayer, enlever la poussière des meubles... Chez les schizophrènes et les maniaques

../..

(I) Pinel cité par H. Simon - Ouvrage cité N° II

vigoureux et très agités, nous préférons le placement au lavoir, où l'on pourra édiguer leurs réactions motrices excessives.

Cela ne réussit pas toujours, mais fréquemment. Quand cela réussit, nous sommes surpris de la rapidité avec laquelle les malades autrefois agités deviennent tranquilles en travaillant, et plus ordonnés". (1)

Dégagé de son aspect alié ant lorsqu'il venait en compensation des charges supportées par la société qui assistait le malade, considéré ensuite comme élément de base de la thérapeutique, le travail s'est vu donner une nouvelle dimension par la thérapeutique institutionnelle : la création de relations entre malades et infirmiers non plus fondées sur la surveillance, les soins, mais sur la coopération dans le travail en commun.

C'est aussi la thérapeutique institutionnelle qui a mis en évidence les dangers et les errements de l'ergothérapie. H. CHAIGNEAU dénonce, en particulier l'"organisation ergothérapeutique caricature du travail pour vivre" qui devient inutilisable et même nocive. Parmi les facteurs facilitant cette déviation, elle cite l'"organisation systématique de l'ergothérapie : l'implantation, les horaires, l'encadrement en dehors de ce qui devient alors l'appareil des soins infirmiers". (2)

L'ergothérapie peut-elle devenir un facteur de chronicisation des psychotiques ? Il est certain qu'une organisation tendant à séparer l'ergothérapie du reste de l'"appareil des soins infirmiers", avec un personnel spécialisé "ergothérapeute" au statut particulier, et des malades tirant des bénéfices secondaires de leur situation d'"ergothérapeutisés" paraît militer en ce sens. La situation est encore plus grave si la notion du rendement, de productivité, intervient et si des contingences extérieures à l'organisation de soins gouvernent l'organisation des ateliers : commandes à satisfaire, délais à respecter dans une sous traitance.

Le travail des malades dans les services généraux de l'Hôpital, sous le contrôle d'un personnel à qui un certain rendement est demandé, et qui est exclu, de part son statut, du collectif soignant, paraît aussi une "perversion" de l'ergothérapie. De cette exploitation, les malades tirent des bénéfices secondaires

../..

(1) H. SIMON - Ouvrage cité N° II

(2) H. CHAIGNEAU - Ouvrage cité N° I

anti-thérapeutiques : refuge au dehors des lieux de soins, situation "privilégiée" dans le groupe.

L'ergothérapie "utilitaire" et le travail dans les services généraux, qui échappent au contrôle du médecin et du collectif soignant sont, à notre avis, des séquelles du "travail obligatoire" des anciens asiles, cher aux économes de la vieille école. Chez les psychotiques, ils nous paraissent très nuisibles lorsqu'ils engendrent une pratique automatique, parfaitement aliénée, les enfermant dans une relation avec le personnel où le travail et les bénéfices secondaires qu'ils en tirent sont survalorisés, au détriment de la notion de guérison et de réinsertion sociale.

De ces déviations et de ces déformations de ce qu'on ne devrait même plus appeler "ergothérapie", nous retiendrons que, dans de nombreux hôpitaux psychiatriques, ils interviennent parmi les facteurs les plus importants de la chronicisation des psychotiques.

Nous ne suivrons pas cependant ceux, qui, tels R. BEROUTI (1) condamnent, à travers l'ergothérapie, l'ensemble de la thérapeutique institutionnelle. Ils analysent celle-ci comme une tentative de structurer dans les hôpitaux, selon les données de la théorie marxiste, des échanges de marchandise, des néo-sociétés que R. BEROUTI compare aux "phalanstères fouriéristes du siècle dernier". De telles institutions tendraient à substituer à la perception déli-rante de la réalité des psychotiques, une néo-réalité construite à partir de l'identification au désir du psychiatre. La thérapeutique institutionnelle est ainsi accusée de créer une forme particulière, et insidieuse, de chronicisation en transformant les schizophrènes en paranoïaques revendicateurs anti-sociaux. Ce raisonnement nous semble faux, dans la mesure où il assimile ce qui n'est qu'un moyen, la thérapeutique institutionnelle, à une fin la pseudo-reforme de la société irresponsable et vouée à l'échec, qui lui serait sous-jacente. Il est par ailleurs démenti par la réalité quotidienne, et aussi statistique, du travail des institutions de psychothérapie institutionnelle.

L'ergothérapie est également critiquée par R. BEROUTI comme obstacle à la relation psychothérapique médecin malade. Elle est qualifiée par lui de "véritable action de refoulement" de la maladie de l'autre par le Moi du soignant qui en prend la décision. Rencontre en deçà de toute prise en charge relationnelle, véritable, aboutissant au camouflage des symptômes, le trouble est foui dans l'hono-

(1) R. BEROUTI - A propos de la théorie occupationnelle - Evolu. Psy.

rabilité d'un nouveau contrat malade - médecin, contrat biaisé. Pour notre part, nous ne voyons pas la nécessité d'opposer le travail thérapeutique et la psychothérapie ou même la psychanalyse des psychotiques. Ce sont là deux moyens de prise en charge dont la finalité est la même : la guérison et la réinsertion sociale du malade ; et la pratique quotidienne prouve qu'ils sont non seulement compatibles, mais complémentaires.

Nous ne voyons pas par exemple, ce qu'un hémiphrène gagnerait à rester assis sur une chaise dans la salle de jour, ou couché sur son lit, entre deux séances de psychothérapie, plutôt qu'à faire de la vannerie, de la poterie ou tout simplement le ménage.

D'apparition plus récente que le travail, la sociothérapie n'en a pas moins contribué à transformer le visage de l'Hôpital Psychiatrique.

Que recouvre ce terme de "sociothérapie" ? A vrai dire, des choses très variables, selon les lieux et selon les méthodes de soins. Le mot est employé, à peu près partout, pour désigner les activités ludiques, les distractions, à l'exclusion de celles ayant trait au travail et à la psychothérapie de groupe.

L'organisation de "loisirs" plaqués sur la vieille structure asilaire, sans participation active de malades, et même à l'encontre de leur culture : bar, séances de cinéma, voyages, kermesses représente la forme la plus perversée, la plus anti-thérapeutique de la socio qu'on n'ose pas appeler thérapie. Les distractions offertes aux malades, par l'administration bienveillante et paternaliste, entraînent chez eux une passivité dangereuse, facteur d'aliénation culturelle et par là de chronicisation, comme certaines formes d'ergothérapie l'étaient pour le travail.

Nous donnerons un exemple de la gestion déplorable du budget "sociothérapie", lorsque ce dernier est confié à l'administration, en l'occurrence un économiste parfaitement incompétent en la matière. Dans un hôpital que nous connaissons, est prévu pour l'année un budget sociothérapie. Ce budget est géré par l'économiste de l'hôpital qui, tout au long de l'année, restreint la consommation, refusant de financer les projets prévus par les malades et le personnel des différents services. A la fin de l'année budgétaire, le

le fond "sociothérapie" est loin d'être entièrement épuisé et le sus-dit économe se sent obligé de "faire quelque chose". Nous l'avons ainsi vu organiser un "voyage à la mer" en autocar, un jour froid et pluvieux d'automne, d'où les pensionnaires revinrent transis et fatigués, après 500 kms de route sans même être sortis des véhicules.

Ce genre "d'opération de prestige", visant à dédouaner de leur aspect sadique oral, les actes d'un administrateur, ne revêt bien entendu aucun rôle thérapeutique. Au contraire, si elle n'est pas correctement analysée, elle induit un mode de relation, projetée sur des psychotiques a un rôle anti-thérapeutique et chronicisateur, susceptible de détruire tous les efforts de l'équipe soignante en vue d'établir les "rapports d'authenticité" interindividuels que préconise Oury pour le traitement de ces malades.

C'est dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle que la sociothérapie prend toute sa valeur et devient véritablement un outil thérapeutique. Cela implique pour les thérapeutes, non seulement de renoncer aux "distractions généreusement offertes" que nous venons de condamner, mais aussi d'éviter un autre obstacle celui d'imposer dans un but d'éducation, sa propre culture au groupe des malades. Cette forme d'"impérialisme", particulièrement subtile dans ses manifestations, constitue également une déviation dangereuse, qu'il faut savoir éviter en respectant au maximum les traditions culturelles qui émergent du groupe des malades.

La structure institutionnelle qui permet le mieux l'expression des malades nous paraît être le club. Le club, pour Ayme Rappart, Torrubia, constitue l'institution de base sur laquelle repose la totalité des activités ergothérapeutiques et sociothérapeutiques, créant lui-même son réseau institutionnel autour de commissions, groupes de travail, organismes de gestion, dont les structures doivent être susceptibles de remaniement et de mobilisation en fonction des exigences des individualités ou des groupes (I).

Dans la pratique, comment le club peut-il s'organiser,

../..

(I) Thérapeutique institutionnelle - E.M.C.

quel doit-être son statut, quels rapports doit-il avoir avec les autres instances de l'institution ?

Pour nous, et c'est l'expérience que nous en avons, le club doit être financièrement indépendant du budget de l'établissement. Il doit avoir des ressources constituées essentiellement par des subventions venant, elles, du budget de l'établissement. Accessoirement, il pourra encaisser les bénéfices de ce qu'il gère : bar, salon de coiffure, ateliers d'ergothérapie, jardin, ferme éventuellement.

Son statut doit lui donner une indépendance vis-à-vis du personnel de l'Hôpital. L'appartenance à la Fédération de Croix Marine permet cette indépendance. Des élections doivent avoir lieu parmi les malades, pour désigner les membres du bureau et les responsables des différentes activités.

La présence dans le bureau de personnes étrangères au groupe des malades ne paraît pas souhaitable, dans la mesure où elle implique presque forcément une relation paternaliste.

Une telle organisation du club peut paraître idéale. En fait, l'expérience prouve que ces conditions ne donnent pas toujours le résultat escompté, ou aboutissent à une sclérose de la structure.

C'est pourquoi bien sûr, le club ne saurait s'envisager, que comme un outil thérapeutique dont le contrôle s'articule avec celui des autres instances de l'institution. Les interventions du collectif soignant peuvent et doivent être possibles à tous les niveaux : que ce soit celui de l'assemblée générale des malades, de la gestion du budget, de l'organisation des loisirs et de l'ergothérapie.

Ce principe permet au club de rester compatible avec la finalité de l'institution, c'est-à-dire la sortie et la réinsertion sociale des malades. Il lui évite de devenir ce qui peut lui arriver à lui aussi, un instrument de chronicisation.

CHAPITRE 3 : LA SORTIE

Parler de sortie pour les psychotiques chroniques

.. / ..

aurait paru, voici quelques dizaines d'années, incongru et pré-somptueux. La sortie ne pouvait s'envisager que lorsque le malade était guéri. La guérison étant considérée comme exceptionnelle, les sorties après quelques années d'hospitalisation étaient rarissimes.

Certains aliénistes allaient même jusqu'à prétendre que les malades qui sortaient après une hospitalisation de plusieurs années, n'étaient pas de véritables psychotiques, mais avaient été victimes d'erreur de diagnostic.

Dans le passé, il a fallu des événements extraordinaires pour qu'un grand nombre de malades chroniques se trouvent remis en liberté.

La débacle de 1940 en donne quelques exemples. Nous citerons celui de l'asile de BLOIS qui comportait un millier de malades au début de la guerre. L'avance de l'ennemi, les bombardements incitèrent les médecins, une partie du personnel à quitter les lieux. Les malades, accompagnés d'une faible partie de leurs gardiens, s'en allèrent livrés à eux-mêmes.

Une partie d'entre eux dont l'importance est difficile à préciser, mourut sous les bombardements sur les routes de l'exode, ou tout simplement de privations. Une autre partie fut accueillie dans les asiles de la zone sud. Mais un grand nombre réussit, en cette période à se réinsérer et à mener une vie normale. Quelques années plus tard, à la fin de la guerre, on n'en dénombrait plus que 200 encore hospitalisés. Les immenses bâtiments de l'asile d'abord occupés par les allemands, ont été ensuite transformés en cité administrative. Ce n'est que 20 ans plus tard qu'un service de psychiatrie a été réouvert dans le département.

L'apparition des neuroleptiques, dans la mesure où ces médicaments rendent les malades tolérables sans qu'ils soient guéris, a commencé à ouvrir, pour les chroniques, les portes de l'hôpital Psychiatrique.

Actuellement, la différenciation des structures de soins, permet une continuité de la prise en charge de ces malades sans qu'ils séjournent en permanence à l'hôpital. Le problème de la sortie se pose donc de façon tout à fait différente.

Les progrès de la thérapeutique, le développement d'une nouvelle politique d'hygiène mentale ont changé l'articulation des termes classiques que la psychiatrie appliquait aux psychotiques : chronicité n'est plus synonyme d'irrécupérabilité. La sortie n'implique plus nécessairement la guérison.

Comme nous le verrons dans notre dernière partie, un certain nombre de perspectives favorables à la disparition de la chronicité hospitalière, se manifestent actuellement. Et s'il est peu probable que les psychotiques hospitalisés depuis de nombreuses années sortent tous un jour, il peut paraître possible que la grande majorité des nouveaux malades échappe à cette triste perspective.

CHAPITRE 4 :

HOPITAL VILLAGE

HOPITAL URBAIN DE 100 LITS : DEUX CONCEPTIONS DE L'INSTITUTION DE SOINS PSYCHIATRIQUES DEUX CONCEPTIONS DE LA PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTIQUES

Dans le premier temps de cette troisième partie, nous avons tenté de montrer quelle était la place du psychotique dans l'institution de soins à savoir l'hôpital psychiatrique, et quelle influence celui-ci pouvait avoir sur la chronicité.

I - L'Hôpital Psychiatrique de La Valette est un Hôpital psychiatrique Départemental ouvert en 1961. Il est situé à 1 km du bourg de Saint VAURY (2 000 habitants) et à 13 km de GUERET.

Il est composé de 7 pavillons d'adultes et d'un pavillon d'enfants (tous mixtes). L'architecture, de style moderne médiocre est sans rapport avec l'environnement.

Il possède ses propres services généraux et ses propres services administratifs. L'équipement médical est aussi important que peu utilisé (bloc chirurgical - électro-encéphalographie - équipement radiologique complet avec craniographe - laboratoires d'analyses médicales - pharmacie ...). Des spécialistes y viennent assurer des consultations régulières.

Il existe 4 services d'adultes correspondant aux 4 secteurs géographiques, plus un service d'enfants arriérés profonds.

Le personnel médical est composé par 4 Médecins - Chefs de secteur et 6 internes. Un des Médecins-chefs est en même temps médecin Directeur.

Les infirmiers sont au nombre de 191. Le personnel administratif et les services généraux comptent 71 personnes.

La majorité des malades y sont en placement volontaire selon la loi du 30 Juin 1838. Un petit nombre y est placé d'office ou en "service libre". Il est à noter toutefois que les "placements libres" sont de plus en plus nombreux.

L'Hôpital possède son propre service d'ambulances qui peut aller chercher les malades à domicile.

Les malades sont surtout des ruraux. Leur âge moyen est de 40 ans chez les hommes et 65 chez les femmes.

Chez les hommes, la proportion :

- des éthyliques est de 45 % ;
- des éléments séniles est de 5 % ;

Le pourcentage des chroniques qui ne sont jamais sortis de l'Hôpital et qui y sont depuis plus d'un an est de 45 %.

Chaque pavillon, conçu pour 40 malades, en abrite à peu près 80. Dans chacun, on trouve un ou plusieurs ateliers d'ergothérapie. Il existe également une ergothérapie centrale très bien équipée en matériel, organisée par des infirmiers ergothérapeutes. Sa production est gérée par la Société d'Entraide, organisme membre de la Fédération de Croix Marine, et indépendant de l'administration hospitalière, mais où les malades ne sont pas représentés.

L'Hôpital comporte également un bar (mixte), un salon de coiffure, une salle de cinéma et une salle de gymnastique.

Des malades, souvent les plus chroniques, travaillent dans les services généraux. Ils bénéficient d'un pécule identique à celui perçu par ceux qui sont occupés à l'ergothérapie (15 à 60 francs par mois en fonction des journées de travail).

Tous les malades sont hospitalisés à plein temps, mais après leur sortie, un service de visites à domicile par les infirmiers, est organisé. Il dispose de 4 véhicules. Les médecins chefs

../..

de service assurent régulièrement des consultations d'hygiène mentale dans 5 villes du département.

La sectorisation est maintenant effectuée depuis quelques mois.

Chaque médecin dispose donc d'un service autonome, soit deux pavillons, ce qui représente 4 unités de soins. A cette occasion, la mixité a pu être réalisée. Mais, de très grandes résistances se sont produites. Pour chaque pavillon, une unité de soins est attribuée aux hommes et l'autre aux femmes. Toutefois, dans certains pavillons, les locaux de jour (salles à manger - salles de séjour ...) sont maintenant mixtes. Les loisirs intra-pavillonnaires sont communs aux deux unités de soins.

2 - Le service psychothérapique du Centre Hospitalier de BLOIS, ouvert en 1961 dans les locaux de l'hospice a été transféré en 1968 dans des locaux neufs, situés à proximité de celui-ci dans le faubourg Blésois de Vienne.

Il est composé d'un bâtiment d'un seul tenant, occupant une faible surface au sol, mais comportant des terrasses et des cours intérieures. De style moderne, l'architecture de haute qualité, lui permet de s'intégrer de façon acceptable dans le vieux quartier où il se trouve.

Il dépend administrativement du Centre Hospitalier situé de l'autre côté de la Loire. Il ne possède pas de services généraux, sauf la cuisine et aucun équipement médical.

Il a été, jusqu'en 1970, le seul service public de psychiatrie du département.

Les malades y sont répartis en 6 unités de soins de 20 à 25 lits. La circulation est libre dans les locaux de jour, comme dans les locaux de nuit, et le service est parfaitement mixte, tant sur le plan des malades que sur le plan du personnel.

Le personnel médical y est composé d'un chef de service et de 3 internes. Il y a 65 infirmiers et 6 aide-soignants veilleurs de nuit, 6 femmes de ménage et 4 cuisiniers.

Les malades y sont pour la plupart en placement libre, un petit nombre y est en placement d'office ou en placement volontaire.

Les pensionnaires sont soit des ruraux originaires de

../..

Sologne ou de Beauce, soit des habitants de Blois, ou de Vendôme villes en cours d'industrialisation et qui connaissent un développement considérable. Leur âge moyen est de 45 ans.

Peu de vieillards y séjournent longtemps, le département étant bien équipé en maisons de retraite et en hospices. Les d'ethylophiques y sont soignés, en raison de l'existence du Centre de cure de désintoxication Louis Sevestre à La Membrolle en Indre et Loire.

Le pourcentage des chroniques qui ne sont jamais sortis de l'Hôpital et qui y sont depuis plus d'un an est d'environ 20 %.

Les 126 lits que comporte l'hôpital sont rarement tous occupés.

Il existe des ateliers d'ergothérapie, mais leur fonctionnement assez irrégulier ne permet pas d'apporter de l'argent au Comité Hospitalier (membre de la Fédération de Croix Marine) qui doit vivre de la seule subvention de l'Hôpital. Ce Comité Hospitalier est composé de personnalités extérieures à l'hôpital et des membres du personnel. Les malades ne sont pas officiellement représentés, mais assistent aux réunions.

Le pécule variant de 15 à 60 francs n'est pas attribué en fonction du travail des malades mais en fonction de leurs ressources et de leurs besoins. Il est déterminé au cours de réunions auxquelles participent à parité avec le personnel, des délégués des malades.

Il existe un bar et un salon de coiffure gérés par le Comité Hospitalier.

La plupart des malades sont hospitalisés à plein temps. Un petit nombre est hospitalisé à temps partiel, soit de jour, soit de nuit ou en week-end (lorsque le malade continue à travailler à l'extérieur).

Un service de suite permet aux infirmiers d'aller voir les anciens malades à domicile. Ces derniers peuvent également revenir en consultation à l'Hôpital. Ces consultations ont le plus souvent lieu sous forme de groupes organisés par les infirmiers. Les internes assurent les consultations d'Hygiène Mentale dans chacun des deux secteurs desservis par l'Hôpital (BLOIS et VENDOME) avec la collaboration des infirmiers.

QUE DEVIENNENT LES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES, ET SURTOUT COMMENT
LES MALADES SE CHRONICISENT-ILS DANS LES DEUX HOPITAUX ?

L'Hôpital Psychiatrique de La Valette, comme beaucoup d'Hôpitaux-villages, est victime de son isolement et également des difficultés économiques graves de sa zone de recrutement.

D'accès difficile, il favorise le rejet des malades par les familles qui ne peuvent venir les voir. La sectorisation est toutefois appliquée, malgré l'éloignement de certains secteurs et la lourdeur de l'institution.

Le reclassement des malades y est malaisé en raison de l'absence d'industrie. Il ne peut s'envisager que dans l'agriculture et l'agriculture du département faite de petites exploitations familiales, non viables, ne le favorise guère.

La carence des institutions d'assistance (maisons de retraite, hospices ...) oblige un grand nombre de vieillards à y séjourner en permanence. La présence d'une forte proportion d'éthylques chroniques désocialisés, représente une charge considérable qui mobilise l'énergie de l'équipe soignante au détriment des psychotiques chroniques. La prise en charge de ces psychotiques chroniques y est cependant bien assurée sur certains plans.

Les chroniques dont la maladie avait précédé l'ouverture de l'Hôpital et qui, venant du vieil hôpital de Limoges, y sont arrivés massivement, ont pour la plupart, fait de gros progrès. Certains ont même pu sortir. Leurs conditions de vie sont bonnes par rapport à celles qu'ils ont pu connaître avant leur hospitalisation. Leur occupation dans la journée est assurée par l'ergothérapie et aussi en partie par les services généraux. Un gros effort est entrepris pour les faire participer aux loisirs. Des sorties individuelles ou de groupes sont fréquentes et sans problèmes. Un effort d'animation culturelle, respectant les traditions régionales a été entrepris et donne des résultats intéressants, même chez les malades les plus chroniques.

L'hôpital est humainement, sinon architecturalement, bien inséré dans le village, pour lequel il représente un apport économique vital. Prévu pour 280 lits, il en comporte actuellement

../..

600 et la situation risque de s'aggraver dans les années à venir, ce qui ne peut que diminuer la valeur soignante de l'institution et favoriser ainsi l'augmentation du nombre des malades chroniques.

Le service psychothérapique du Centre Hospitalier de Blois fonctionne dans des conditions matérielles meilleures, du fait de sa position dans la ville la plus importante du département. Les communications avec les divers secteurs dont il a la charge sont faciles.

La réinsertion des malades dans l'industrie en est également facilitée. Dans l'agriculture, l'existence de travaux saisonniers (asperges, fraises, vendanges ...) permet fréquemment un reclassement temporaire. Une réunion hebdomadaire des malades intéressés par le reclassement, institutionnalise cet effort.

L'hospitalisation à temps partiel accroît les possibilités de lutte contre la chronicisation en permettant de continuer à soigner intensivement le malade, sans le couper de son milieu familial ou de son milieu professionnel.

Les sorties en ville facilitent le maintien du contact social en dehors du milieu protégé.

Le développement des thérapeutiques occupationnelles (ergothérapie - loisirs) y est bien plus faible que dans un hôpital village : Seuls, le bar et le salon de coiffure y fonctionnent de façon régulière. La vie d'un petit nombre de malades chroniques gravement atteints, abandonnés par leur famille, qui ne peuvent sortir en ville y est certainement plus difficile qu'ailleurs.

C'est pourquoi de nouvelles possibilités doivent être envisagées pour eux : vacances en groupe, familles d'accueil, placement familial, afin qu'ils ne soient pas les victimes d'une structure de soins non organisée pour la chronicité.

IVème PARTIE

PERSPECTIVES D'AVENIR DES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES

Deux courants tendent actuellement à fixer l'avenir des psychotiques :

L'un, positif, est représenté par les progrès thérapeutiques et la politique d'Hygiène Mentale qui tendent à éviter le passage à la chronicité.

L'autre, constitué par la diminution progressive de la tolérance des malades mentaux dans la société, est négatif. Le progrès de l'industrialisation, le développement du secteur tertiaire, la suppression de la main d'oeuvre agricole, l'urbanisation, demandent en effet des facultés d'adaptation et de sociabilité que ne possèdent pas, bien souvent, les malades mentaux.

Par ailleurs, l'existence d'une masse considérable de chroniques hospitalisés depuis longtemps pose un problème de prise en charge que ne saurait oublier la politique d'Hygiène Mentale car leur réinsertion sociale s'avèrera de plus en plus difficile.

Cette quatrième partie sera ainsi répartie :

- Dans le premier chapitre, nous étudierons le progrès thérapeutique et dans le second, la politique d'Hygiène Mentale, courant positif.
- Dans un troisième chapitre, nous nous préoccupons du courant négatif, représenté par des phénomènes inhérents à la société moderne, et irréversibles, qui tendent à aggraver le sort des malades mentaux.
- Dans le quatrième chapitre enfin, nous aborderons le problème posé par l'existence d'un nombre considérable de psychotiques chroniques désocialisés, hospitalisés en permanence et depuis de nombreuses années.

+

+ +

CHAPITRE I : LE PROGRES THERAPEUTIQUE

Avec l'amélioration des structures de soins, le progrès thérapeutique représente l'élément majeur de la lutte contre la chronicité. Et la recherche constante de la psychiatrie dans ce domaine, les résultats obtenus, laissent entrevoir l'espoir de voir régresser jusqu'à sa disparition complète, l'image du fou qu'on ne peut soigner, ni améliorer et qui, retiré du monde par sa maladie, mène une vie rétrécie et stéréotypée pendant des décennies.

La thérapeutique des maladies mentales a d'abord été une thérapeutique d'ambiance : isolement, retour à la nature, travail au calme des champs. L'apparition des traitements biologiques a ensuite radicalement modifié cette situation : cure de Sakel, sismothérapie, psycho-chirurgie ont, en s'introduisant à l'hôpital psychiatrique, rapproché celui-ci du modèle de l'hôpital en général.

L'application des concepts des sciences sociales (psychologie-sociologie) et surtout de la psychanalyse dans la prise en charge individuelle et collective des psychotiques a redonné toute leur valeur aux techniques relationnelles et d'ambiance. La découverte des médicaments psychotropes majeurs, et surtout des neuroleptiques a permis de traiter tous les malades avec des résultats souvent immédiatement appréciables, comblant ainsi les lacunes des autres thérapeutiques et revalorisant l'aspect biologique de l'approche des psychoses.

Quel est actuellement l'éventail des traitements des psychoses chroniques, quelles sont les perspectives immédiates en la matière, c'est ce que nous allons tenter de passer en revue, sans détailler chacun des éléments étudiés.

La cure de Sakel garde actuellement une place dans le traitement de la schizophrénie. P. JUILLET en limite ainsi les indications : "si l'indication de la cure de Sakel semble actuellement se restreindre, dans une approche objectivante, à la schizophrénie simple, aux évolutions paranoïdes torpides et aux cas résistants à

la chimiothérapie, il apparaît que ces indications devraient être reprises selon un critère prévalent qui est celui des possibilités de relation psychothérapique. Ce critère pourrait être ainsi formulé : la cure de Sakel doit être réservée aux cas où la relation psychothérapique s'avère impossible, soit précocement (hébéphrénies et schizophrénies simples résistant aux neuroleptiques dits désinhibiteurs), soit après un essai plus prolongé (états paranoïdes où l'échec des chimiothérapies tient au fait que le patient est "comblé" par son délire)" (1).

Il est certain que l'emploi des neuroleptiques et particulièrement des neuroleptiques incisifs a considérablement limité les indications de la cure de Sakel. L'utilisation, dans certaines formes de schizophrénies, où dominent les signes déficitaires des anti-dépresseurs dans un but de désinhibition, vient aussi mordre sur son terrain électif.

La cure d'insuline reste réservée à un petit nombre de "mauvais cas" et voit donc ses résultats devenir moins bons. Par ailleurs, ce phénomène pose un grave problème d'organisation des soins : peut-on, pour un petit nombre de malades, mobiliser une équipe médicale dont la formation, la cohésion et la valeur psychothérapique, doivent être parfaites si on veut arriver à un résultat et éviter les accidents ? L'incertitude du résultat, le manque de personnel, qui est sollicité ailleurs, pour d'autres formes de prise en charge, conduit souvent les responsables de services psychiatriques à abandonner cette thérapeutique, même s'ils en sont, au fond, partisans.

La politique de secteur appelle l'équipe soignante en dehors de l'hôpital et tend parfois à dévaloriser ce qui se passe à l'intérieur. La construction d'hôpitaux urbains de faible capacité ne permet pas d'avoir en permanence un nombre suffisant de malades justifiant une cure d'insuline. Peu d'infirmiers, peu de psychiatres en formation peuvent faire partie d'une équipe d'insuline, - la théorie est ici, plus qu'ailleurs, insuffisante - et propager la technique.

Pour toutes ces raisons, la cure de Sakel risque un jour de disparaître et avec elle une des rares possibilités de prise en

../..

(1) P. JUILLET - Ouvrage cité N°4

charge des psychotiques chroniques les plus gravement atteints, ce qui nous paraît tout à fait regrettable.

La sismothérapie, autre thérapeutique de choc, pose des problèmes bien différents. Son indication majeure, la mélancolie, n'appartient pas au groupe des psychoses chroniques. Le nombre de malades susceptibles de bénéficier de cette thérapeutique, sa mise en oeuvre facile, la perfection technique et la faiblesse du risque thérapeutique auxquelles elle est arrivée, lui conservent une utilisation assez importante, ce qui paraît tout à fait justifié.

A l'origine, Lapipe et Rondepierre, préconisent l'utilisation de l'électro-choc dans la schizophrénie selon les modalités suivantes :

- au début, et dans les formes périodiques (schizomanie) où ils considèrent que les résultats des électro-chocs, seuls, amènent une rémission dans la grande majorité des cas : "dans les formes à début excito-confusionnel et dans les formes périodiques de démence précoce, on peut tenter d'éviter l'insuline et attaquer avec des chocs électriques (1).
- l'association avec l'insuline est conseillée dans les états schizophréniques caractérisés par de la stupeur et du négativisme grave. Lorsque la cure d'insuline est commencée seule et reste sans résultats après vingt comas, des électro-chocs sont indiqués, particulièrement si des tendances dépressives, à l'inertie motrice persistent ou si des manifestations confusionnelles se produisent.
- Enfin et surtout ils notent, avec de nombreux auteurs, l'action constante et spectaculaire dans la catatonie, qu'elle soit stuporeuse ou agitée.
- les formes paranoïdes semblent par contre résolument réfractaires.

Dans les délires chroniques non schizophréniques, les auteurs ont une opinion moins optimiste de leur traitement :

- Les psychoses hallucinatoires chroniques leur paraissent plus justiciables de l'insuline, encore qu'ils aient obtenu de bons résultats dans quelques cas.

../..

(1) Lapipe et Rondepierre - (ouvrage cité n° 5)

- Les délires systématisés non hallucinatoires ne leur paraissent pas une bonne indication. Ils notent, avec Delay que "la paranoïa ne constitue pas une indication de la cure de Sakel, non plus que de la convulsivothérapie, sinon pour les crises expansives ou dépressives qui peuvent se surajouter à son évolution" (1)

Qu'en est-il aujourd'hui, avec l'utilisation des neuroleptiques et des anti-dépresseurs, de ces indications ?

La technique de la sismothérapie s'est améliorée. L'anesthésie générale brève est maintenant la règle. Précédée une prémédication (sulfate d'atropine un quart à un demi-milligramme par voie intra-musculaire), l'anesthésie se pratique par injection intra-veineuse d'un thiobarbiturique (deux cent cinquante à trois cents milligrammes de penthotal suffisent en général). L'injection avec la même aiguille, d'un acétylcholino-mimétique (célo-curine, un demi milligramme par kilog), est pratiquée constamment par certains, pour d'autres seulement si le malade présente des lésions préexistantes (ostéo-articulaires en particulier) ou un état général qui contre-indique la crise convulsive motrice. Une telle technique, qui supprime l'appréhension du malade et peut être appliquée au lit, dans une chambre individuelle, avec le maximum de confort pour lui, enlève tout aspect désagréable à cette thérapeutiques actuelles (réanimation respiratoire d'urgence ...). Venzlaf donne le chiffre de 0,015 % de décès et de 0,025 % d'accidents graves mais maitrisables par les moyens thérapeutiques modernes. Sa statistique porte sur 46 000 sismothérapies mitigées, c'est-à-dire précédées par l'anesthésie et la curarisation (2).

Malgré les progrès techniques, les indications de la sismothérapie dans les psychoses, et particulièrement dans les psychoses chroniques se sont restreintes. Les neuroleptiques l'ont remplacée dans la plupart des cas : les neuroleptiques incisifs sont actifs sur la catatonie, les neuroleptiques sédatifs sur l'anxiété, l'insomnie, les tendances dépressives (indications traditionnelles des électro-chocs chez les psychotiques). Ceux-ci sont cependant utilisés encore, avec un succès que n'égale pas la psycho-pharmaco-

../..

(1) Lapipe et Rondepierre - (ouvrage cité N°5)

(2) Venzlaf cité par Bovet J., Calanca A., Heimann H. et Muller C.

logie dans certaines manifestations aiguës des psychoses chroniques :

- les accès d'anxiété, avec risque de raptus suicidaire survenant chez certains schizophrènes, où la rapidité d'action de la sismothérapie n'a pas d'équivalent - ou du moins pas encore -.

- la catatonie en général, et surtout dans ses accès pernicioeux, mettant en jeu le pronostic vital, aucun autre traitement ne semble apporter dans ce cas les mêmes garanties de succès.

Par ailleurs, comme le préconisent Bovet, Calanca, Heimann et Müller, "la combinaison de l'insuline et de l'électro-choc est aujourd'hui encore recommandée chez les schizophrènes chroniques qui ne répondent pas à d'autres traitements et chez lesquels une thérapie active est indiquée pour empêcher le malade de sombrer davantage dans un état résiduel" (1).

La psychochirurgie n'est pratiquement plus utilisée actuellement dans le traitement des psychoses chroniques. Son champ d'action est pratiquement recouvert par les neuroleptiques qui ont une efficacité supérieure, tout en présentant moins d'inconvénients.

Le progrès des techniques chirurgicales en a cependant diminué les risques. La lobotomie standard qui entraînait une mortalité importante (3 à 6 %) et des complications fréquentes : -épilepsie (25 %), déficit intellectuel grave (10 %) - a été abandonnée au profit de la lobotomie transorbitale (moins de 2 % de décès et 0,5 % de déficit intellectuel grave). Les interventions sous contrôle optique ont encore amélioré les statistiques (2).

Les résultats, cependant, n'ont jamais été très bons. Un tiers des malades, semble-t-il, profitait de l'intervention au point de pouvoir sortir de l'hôpital, un autre tiers bénéficiait d'une légère amélioration, le dernier tiers voyait son état inchangé ou aggravé (2).

Pour notre part, nous avons pu observer dix sept schizophrènes lobotomisés, la plupart, semble-t-il selon la technique standard dans les années cinquante. Six étaient épileptiques. Quatre présentaient un déficit profond. Deux seulement semblaient avoir été améliorés de façon durable par l'intervention et être

../..

(1) Bovet J., Calanca A., Heimann H. et Müller C. - Traitement de la schizophrénie (E.M.C.)

(2) Statistiques citées par Bovet J., Calanca A., Heimann H. et Müller C. Traitement de la schizophrénie E.M.C.

restés hospitalisés pour des raisons essentiellement sociales.

Les résultats inconstants et aléatoires de la psycho-chirurgie, ses risques graves et importants, et surtout le déficit constant et permanent de la personnalité qu'elle engendre, font une place à part à cette méthode dans l'arsenal thérapeutique. A la différence de la cure de Sakel et de la sismothérapie, qui n'ont pas les mêmes inconvénients, elle paraît devoir être abandonnée.

Les médicaments psychotropes, venus après les techniques de choc et la psychochirurgie, représentent actuellement le volet le plus important de l'éventail des thérapeutiques biologiques. Nous n'allons pas ici étudier en détail les médicaments apparus sur le marché depuis la découverte des propriétés neuroleptiques de la chlorpromazine, utilisée pour la première fois en 1952 par Delay et ses collaborateurs. Nous ne reviendrons pas non plus sur le rôle incomparable joué par ces médicaments dans la transformation des institutions de soins psychiatriques et l'amélioration du pronostic social des psychoses chroniques.

Le nombre des produits aujourd'hui fabriqués permet d'adapter de façon précise le traitement aux symptômes. Dans les deux principales séries - phénothiazines et butyrophénones - (la réserpine étant pratiquement abandonnée), existent des neuroleptiques sédatifs, actifs sur l'anxiété et l'agitation, et des neuroleptiques incisifs, actifs à la fois sur l'excitation psychique et l'inhibition, l'athymhorie.

Les recherches, très intenses dans ce domaine, visent aujourd'hui surtout à obtenir des modalités de traitement qui, tout en étant efficaces, donnent le moins d'effets secondaires possibles. Le syndrome extra-pyramidal, les effets sympatholytiques ne sont plus considérés comme des critères d'efficacité. Des correcteurs, depuis longtemps, les ont, d'ailleurs, efficacement combattus.

La recherche vise également à créer des formes retard de neuroleptiques existants ou non encore commercialisés. Dans les psychoses chroniques, de tels médicaments sont particulièrement utiles :

../..

en permettant un traitement continu et prolongé, avec une ou deux administrations du médicament par mois, ils mettent le malade à l'abri d'un épisode aigu provoqué par une interruption de la médication. La recherche clinique a mis en évidence récemment l'intérêt des très fortes posologies pour certains dérivés de la phénothiazine qui voient leur action notablement accrue et leurs effets secondaires diminués au-delà d'un certain seuil. De nouveaux groupes de neuroleptiques, enfin, laissent entrevoir la possibilité de produire des médicaments aussi actifs, ou même plus actifs, et mieux tolérés.

En dehors des neuroleptiques et de leurs correcteurs d'autres médicaments sont actuellement utilisés dans les psychoses chroniques. Les tranquillisants, dont l'efficacité anxiolytique s'accroît et la tolérance reste parfaite, au fur et à mesure de la découverte de nouvelles molécules, jouent un rôle d'appoint des neuroleptiques.

Les anti-dépresseurs majeurs, dérivés de l'imipramine, que l'on considérait à l'origine comme contre-indiqués chez les psychotiques, sont aujourd'hui de plus en plus utilisés pour lutter contre l'athymbormie des formes chroniques de schizophrénie où prédominent les signes déficitaires.

Dans l'état actuel des connaissances en psychiatrie, il nous paraît que les psychoses chroniques sont toutes et toujours justiciables d'un traitement neuroleptique, pour lequel le thérapeute devra rechercher un maximum d'efficacité pour un minimum d'effets secondaires. Ce traitement, peut, et le plus souvent, doit être poursuivi indéfiniment. Si, malgré cela, des incidents surviennent (paroxysmes anxieux - désordres thymiques - accès catatoniques), la sismothérapie reste un bon moyen thérapeutique. Dans le cas particulier de la schizophrénie, dans la forme hébéphrénique surtout, si rien n'est assez efficace, la cure de Sakel au besoin associée à la sismothérapie, reste le seul moyen pour entreprendre une prise en charge du malade et lui éviter de sombrer dans un état de chronicité déficitaire.

Pour tous les psychotiques chroniques, le traitement biologique qui est nécessaire, doit être complété par les thérapeutiques d'ambiance et la psychothérapie. L'ensemble des psychiatres

est d'accord sur ce point. Nous avons vu, dans la troisième partie le rôle thérapeutique et les modalités de la prise en charge institutionnelle. Il nous reste à aborder ici le problème de la psychothérapie des psychotiques chroniques.

Deux modes de prise en charge peuvent être envisagés pour ces malades, qu'ils soient hospitalisés à plein temps ou non les psychothérapies de groupe et les psychothérapies individuelles. Ces deux modes ne s'excluent pas l'un l'autre, mais au contraire, se complètent souvent.

Les psychothérapies de groupe revêtent essentiellement trois formes : les groupes fondés sur l'éveil d'un intérêt commun pour une activité donnée, qui établissent un contact entre leurs membres autour de cette activité pragmatique valorisée.

- les groupes fondés sur l'utilisation des phénomènes dramatiques. Moréno, qui propose le psychodrame pour traiter les psychotiques insiste sur la libération des sentiments refoulés produite par le biais du jeu dramatique.

Cette libération entraîne une prise de conscience des conflits intérieurs du malade et une régression des symptômes psychotiques afférents.

Les concepts psychanalytiques peuvent trouver leur place dans le psychodrame, qui serait même pour certains, tels Racamier, une des meilleures techniques analytiques à l'usage des psychotiques : "le psychodrame permet aux malades d'exprimer, sur le mode irréal du jeu, les affects violents et contraires, dans lesquels ils sont submergés ; il brise la carapace de rigidité catatonique et mutique dans laquelle certains d'entre eux se défendent en leur permettant, par le truchement du jeu, une expression gestuelle ; il permet une dilution de leurs transferts massifs et angoissants ; il rend plus maniable par le fait qu'il est partagé par les membres de l'équipe, le contre-transfert que ces malades suscitent parfois de façon excessive" (1).

../..

(1) Racamier P.C. - Indications du psychodrame analytique et des actions sociothérapeutiques dans les psychoses. Pratique de la psychothérapie de groupe P.B. Scheneider 1965.

- Les groupes à caractère analytique pur, dont l'objet n'est plus une activité, ou le jeu, et qui, sans autre médiation que la parole doivent permettre l'analyse en commun des problèmes mis en cause par le transfert. Le moi psychotique semble bien s'accommoder d'une telle relation analytique. Celle-ci permet en effet au malade des possibilités de retraite devant le danger d'une perception trop angoissante de la réalité et une réassurance qui lui fait accepter ses propres problèmes au fur et à mesure qu'il les découvre chez les autres.

La psychothérapie individuelle des psychotiques chroniques voit ses indications plus limitées que celles des diverses formes de psychothérapies de groupe auxquelles pratiquement tous les psychotiques chroniques peuvent participer.

Le problème des indications se pose ici avec plus d'acuité. Beaucoup d'auteurs limitent les prises en charge psychothérapiques aux cas où le pronostic paraît favorable : formes à début aigu, traitées précocement, où l'angoisse domine le tableau, où la structure familiale n'est pas trop troublée. Il existe cependant de nombreux cas qui semblaient désespérés et que des psychothérapeutes se sont attachés avec succès à prendre en charge - prouvant ainsi l'intérêt et les résultats incomparables de la psychothérapie chez ces malades les plus gravement atteints. Des facteurs autres que ceux ayant trait au malade lui-même, interviennent d'ailleurs dans l'indication d'une psychothérapie : organisation hospitalière formation et expérience du psychothérapeute.

Lorsque la psychothérapie paraît possible et souhaitable quelles formes peut-elle prendre ?

Les besoins oraux, dépendants et symbiotiques des schizophrènes sont bien connus et appellent des types de réponse qui différencient les techniques psychothérapiques, en fonction du niveau de frustration, toujours limité d'ailleurs, qu'elles admettent :

- La "réparation délibérée des frustrations anaclitiques" (Rosen) ou la "réalisation symbolique" (Mme Sechehaye) permettent et demandent même l'engagement complet du thérapeute dans le monde

../..

régressif du malade. Vécu, malgré le refus initial du patient, comme le "bon père" ou "la bonne mère", l'analyste se sert de ses connaissances pour agir dans le bon sens. Les interprétations dites, directes, s'inscrivent dans le vécu inconscient primaire du malade et comportent, simultanément, une rassurance immédiate. - la "stricte neutralité" est préconisée par les analystes Kléiniens. Une telle attitude, risque, chez les schizophrènes, de provoquer une absence complète de communication entre le patient et l'analyste, obstacle majeur à la psychothérapie qui n'existe plus alors.

- Une formule intermédiaire vise à reconnaître et assouvir les besoins de dépendance du psychotique, afin de l'en sevrer ensuite progressivement.

- D'autres s'efforcent, "entre la frustration et la gratification systématiques de trouver le type de relation propre à chaque cas et susceptible d'assurer la présence chaleureuse de l'analyste en sauvegardant son intégrité et sa liberté d'action" (1).

Psychothérapie de groupe, psychothérapie individuelle des psychotiques ; dans un cas comme dans l'autre, les progrès des méthodes sont liés à la recherche dans l'ensemble des champs d'études psychanalytiques. Quant aux réalisations pratiques, c'est-à-dire à la prise en charge effective des malades, elles dépendent étroitement des conditions institutionnelles et ils serait vain de vouloir isoler complètement cette prise en charge du contexte où elle a lieu.

Le même phénomène existe d'ailleurs pour toutes les thérapeutiques que nous venons de passer en revue. C'est pourquoi l'articulation des techniques d'ambiance, des psychothérapies et des traitements biologiques dans un système global de soins psychiatriques, médicalement contrôlé et analysé, vécu comme tel par les malades, paraît réaliser le cadre seul susceptible d'une prise en charge valable et à long terme, des psychotiques chroniques. Ce cadre de la "psychothérapie institutionnelle" représente aussi à notre avis le meilleur terrain pour la recherche thérapeutique, quelle qu'elle soit, dans la mesure où seul il permet de mettre en évidence les divers aspects de l'efficacité d'un traitement, et

.../...

(1) Racamier P.C. - Psychothérapie des psychoses E.M.C.

aussi de saisir un malade dans toutes ses dimensions.

CHAPITRE II : L'ORGANISATION DU "SECTEUR EN PSYCHIATRIE".

Nous ne développerons pas ici en détail les arguments qui ont amené la création officielle, par la circulaire du 15 mars 1960, du secteur psychiatrique. Rappelons-en seulement les traits fondamentaux :

- L'ensemble des institutions de soins psychiatriques d'un secteur géographique est pris en charge par une même équipe soignante.
- Tous les malades mentaux peuvent bénéficier de l'ensemble des institutions de soins du secteur.
- Les institutions de soins sont différenciées de façon à mieux pouvoir répondre à la demande et, ce faisant, à éviter autant que possible, l'hospitalisation prolongée, à plein temps, des malades.

Comme le dit Bonnafé, "l'équipe de secteur se propose d'amener la société à se montrer plus tolérante vis-à-vis du malade mental, par là-même, à ne pas céder au vertige d'une inflation permanente des problèmes psychiatriques ; elle fait du psychiatre un "désaliéniste".

Comment fonctionne "le secteur" ? Comment est-il vécu par les malades ?

Dans la plupart des cas, le malade qui sort de l'hôpital surtout s'il s'agit d'un psychotique, a intérêt à garder des contacts avec l'équipe qui l'a pris en charge pendant son séjour. La réinsertion dans la vie dite "normale", la réadaptation, la remotivation du malade au travail sont des situations qui vont appeler de nouvelles tâches de la part de ceux qui l'ont soigné et restent pour lui disponibles. La prévention des rechutes, la poursuite éventuelle des soins, tous ces éléments définissent la tâche d'une équipe médicale dans un secteur géographique donné. Cette équipe de secteur sert de moyen terme entre l'institution psychiatrique et la société. Surtout et c'est là qu'elle est irremplaçable, elle vit, et l'ontique de la société vis-à-vis du malade mental et l'optique hospitalière. Elle évite, par ailleurs

../..

que des actions contradictoires soient menées à l'égard d'un même malade.

L'organisation du secteur suppose que l'on garde les chroniques et en particulier les psychotiques ; ceci afin de dépister quand peut-être faite une tentative de thérapeutique. Cela exclut la vision du chronique "infirmes à vie". Il reste considéré comme un malade, au même titre que les autres et peut bénéficier de tout l'éventail des soins et des prises en charge proposés par cette organisation. En somme, la mise en place du secteur change complètement l'attitude traditionnelle vis-à-vis des psychotiques chroniques : au lieu de les abandonner dans un état où on se contente de les faire vivre, voire de les reléguer, on considère que la vie de ces malades peut changer et leur pathologie évoluer.

Le dispositif est, en plus, économiquement sain. Les hospitalisations prolongées, quel que soit leur prix de journée, sont une lourde charge, comme nous l'avons vu, pour la société. La remise en question, grâce aux succès thérapeutiques et à la différenciation des formes des prises en charge à long terme, de la durée des séjours hospitaliers doit permettre de faire diminuer le poids de cette dépense.

Pour soigner les malades mentaux chroniques et pour les faire bénéficier de conditions d'existence favorables, l'équipe sectorisée doit utiliser des formules souples et variées : hospitalisation de jour, de nuit, ou à plein temps, soins à domicile, formules de réadaptation. Le pivot de tous ces modes de prise en charge, le "siège social" de l'équipe thérapeutique, semble être, de plus en plus, le dispensaire d'hygiène mentale.

Le dispensaire

Pour le psychotique chronique, la fréquentation du dispensaire dépend évidemment de la qualité des rapports existant entre cette équipe et lui. S'il est suffisamment motivé pour y venir régulièrement, le dispensaire peut devenir pour ce malade un appui considérable. C'est un endroit qu'il fréquentera pour n'importe quel prétexte et qui l'aidera à surmonter la quantité de petits problèmes que lui pose la vie courante.

../..

Ce sera un lieu familier et rassurant. Il pourra y contacter, non seulement le médecin mais toute l'équipe : infirmiers, assistante sociale, secrétaire. Le travail du dispensaire correspond bien à cette définition : "soutien de la clientèle intermittente chronique et des malades qui, ayant été hospitalisés ou non, vivent dans la société de façon inadaptée". (1)

Les malades, donc, bénéficient au dispensaire d'une présence médicale, voire d'une psychothérapie, de soins médicamenteux ou autres, sans avoir à envisager une réhospitalisation. C'est également par le dispensaire que l'équipe soignante peut appréhender l'environnement concret du malade.

Le dispensaire est aussi le lieu d'où partent les initiatives du secteur d'hygiène mentale. De là, s'établissent les liens avec d'autres institutions, d'autres instances ayant à voir avec la santé, ou la maladie mentale. "Plus généralement, c'est à partir du dispensaire, plus aisément qu'à partir de l'hôpital psychiatrique, que peuvent être menées toutes les formes d'action tendant à rendre la société plus tolérante vis-à-vis du malade mental" (2).

Le dispensaire a en plus, un rôle dans le dépistage des troubles mentaux et on sait l'importance du dépistage précoce chez les psychotiques si l'on veut éviter la chronicisation. De la bonne insertion du dispensaire dans le secteur, de la façon dont il est vécu par la population, de sa "disponibilité", dépend son efficacité dans ce sens.

Malheureusement, à l'heure actuelle, peu de dispensaires peuvent effectuer simultanément l'ensemble de ces tâches. Ils ne peuvent également envisager des prises en charge très longues quand les autres institutions du secteur sont insuffisamment développées. Les conditions actuelles ne sont pas toujours favorables à la bonne marche des dispensaires d'hygiène mentale. Seule, la mise en place complète des structures de la sectorisation, leur permettra, dans l'avenir, de développer toutes leurs possibilités.

Les diverses formes d'hospitalisation

Le psychotique chronique pose de façon permanente des

../..

(1) Le Guillant et Bonnafé - Mignot (ouvrage cité N°6)

(2) Le Guillant - Bonnafé - Mignot - ouvrage cité N°6

problèmes variés auxquels l'équipe thérapeutique doit pouvoir apporter des solutions, grâce aux institutions différenciées du secteur. Pendant de longues périodes, le malade peut vivre dans la société, suivi au dispendaire. A d'autres moments, une hospitalisation est nécessaire.

L'Hôpital psychiatrique, par ailleurs, recueille tous les malades que les familles ou la société rejettent. Nous avons évoqué ce phénomène, héritier du "renfermement" qu'est la défec-tologie : ceux qui n'ont plus d'utilité sociale, et pas d'espoir d'en recouvrer rapidement une, doivent vivre dans un lieu séparé du monde. Tel est bien le cas des psychotiques chroniques désocialisés.

Si le secteur d'hygiène mentale fonctionne d'une façon équilibrée, cette notion peut changer complètement : les institutions mises en place correspondent à un besoin thérapeutique plus vrai et plus juste. L'hospitalisation devient alors "une étape dans la vie du malade et non plus une solution". (1)

Dans ce sens, l'hospitalisation à plein temps répond à une nécessité médicale. Le malade peut avoir besoin d'être éloigné temporairement de son environnement ; il peut avoir besoin d'une mise au point complète, tant sur le plan médicamenteux que sur le plan psychothérapique. Une rechute grave peut nécessiter une prise en charge continue, de jour comme de nuit, pendant une longue période. "Ainsi, lorsque l'équipement des secteurs permettra de n'envoyer à l'hôpital psychiatrique que les malades qui en posent l'indication médicale, les courts séjours demeureront nombreux, répondant tantôt à la nécessité d'un traitement intensif ou mal accepté, tantôt à une période d'exacerbation des troubles du comportement, tantôt à l'effondrement temporaire du seuil de tolérance du malade par le milieu et du milieu par le malade".(2)

A côté de cette notion qui peut paraître idéale, Le Guillant, Bonnafé, Mignot constatent des phénomènes apparus dans les hôpitaux évolués qui méritent d'être étudiés :

- Ils se produit une profonde modification qualitative de la population de long séjour : plus l'hôpital évolue, plus sa population/..

(1) Le Guillant - Bonnafé - Mignot - ouvrage cité N°6

(2) Baumé - Bertier - Weil et de Verbizier : Une nouvelle technique hospitalière en psychiatrie : l'Hôpital de jour - Réadaptation n° 105 - 1968.

est de bas niveau. Seules, déconcertent les démences, les oligophrénies très profondes et quelques grands états dissociatifs. Par contre, la population la plus active et la mieux adaptée à l'hôpital psychiatrique le quitte pour constituer la clientèle extra-hospitalière.

- Dans certains cas, au contraire, un nombre croissant de malades ne veulent pas quitter l'hôpital et s'y chronicisent, en raison de l'amélioration du régime hospitalier, contrastant avec leurs mauvaises conditions de vie à l'extérieur. L'existence de foyers de post-cure, de maisons de retraite pour les vieillards, confortables et, au moins en partie pris en charge par la collectivité, peut aider à résoudre ce problème.

- Les améliorations matérielles, l'introduction de nouvelles techniques de soins, font régresser peu à peu le sentiment de peur attaché à l'hôpital psychiatrique et suscitent un intérêt croissant du public pour ce qui s'y fait. Il s'ensuit un accroissement de la demande qui peut atteindre des proportions considérables et bloquer le bon fonctionnement de l'institution.

Comment l'hôpital psychiatrique modernisé et en évolution, peut-il traiter ces phénomènes ?

L'hospitalisation à temps partiel apporte des éléments intéressants.

La présence à l'hôpital à pleines journées n'est plus nécessaire pour certains malades. "Aujourd'hui, au contraire, il semble souvent fâcheux de compromettre par une séparation totale les rares liens sociaux que le malade a réussi à garder "pensent Le Guillant - Bonnafé - Nignot. L'hospitalisation classique, à plein temps, isole le malade de son milieu de vie habituel. Ce mode de soins élimine ainsi "un élément essentiel qui conditionne à la fois l'apparition des troubles et la réadaptation possible du sujet". (1)

Les malades hospitalisés "de jour", doivent habiter dans la ville où se trouve l'hôpital. Ils s'y rendent chaque matin

(1) DESTINOY M. Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit.
Revue pratique de psychiatrie de la vie sociale et d'hygiène mentale n° 4 - 1963.

y passent la journée et rentrent chez eux pour le repas du soir. Ce mode d'hospitalisation paraît particulièrement profitable à certains schizophrènes gravement atteints, pour qui une réinsertion professionnelle ne peut être envisagée, mais dont le milieu familial est bon. De même, chez les psychotiques chroniques stabilisés qui mènent une vie sociale normale, l'hospitalisation de jour, lorsqu'elle est possible, est bien préférable à l'hospitalisation à plein temps : elle permet d'éviter une grosse perturbation de la famille du malade à celui-ci de conserver un rythme de vie analogue à celui qu'il avait avant la rechute, et supprime l'oisiveté forcée provoquée par l'arrêt de travail, qui est remplacée par la prise en charge hospitalière.

Signalons encore son intérêt pour les malades dont le conjoint travaille et est absent dans la journée, mais qui peuvent rester chez eux à condition de ne pas y être seuls.

L'hôpital de jour nécessite la participation du malade, qui doit être motivé pour venir de lui-même chaque matin à l'hôpital. C'est au fond ce qui limite l'indication de cette forme de prise en charge. Si elle se prolonge, le malade peut se lasser, ou la famille devenir intolérante. C'est pourquoi le fonctionnement d'un hôpital de jour isolé paraît difficile et aléatoire : il se voit réduit à sélectionner les malades les moins atteints, qui finalement pourraient s'en passer et se réinsérer dans la vie sociale avec le seul soutien du dispensaire. Au contraire, lorsque l'hôpital ou "le centre de jour" appartient à un secteur comportant l'ensemble des institutions de soins, il risque d'être peu à peu surinvesti et survalorisé par l'équipe soignante, du fait de la demande des malades qui, si on veut qu'ils y reviennent, doivent être pris en charge de façon intensive. Ceci se produit, bien sûr, au détriment de l'hôpital psychiatrique classique et des malades qui s'y trouvent qui, eux, ne "demandent rien".

Le meilleur moyen d'éviter ces écueils, nous semble être de pratiquer dans les hôpitaux psychiatriques, qui le permettent c'est-à-dire en fait les hôpitaux urbains, les divers types d'hospitalisation dans les mêmes locaux. Aucune structure n'est ainsi

.../...

dévalorisée ou au contraire survalorisée par rapport à une autre. Le malade qui passe d'un mode d'hospitalisation à l'autre reste au contact des gens qu'il connaît, soignants et soignés. Economiquement cette solution est d'ailleurs la plus rentable, puisqu'elle permet, sans investissements immobiliers, d'accroître la capacité de traitement d'un hôpital existant.

L'hôpital "de nuit" permet aux malades hospitalisés de se livrer, dans la journée, à une activité dans le milieu extérieur. Cette activité peut être un travail rémunéré à temps complet. Elle peut être aussi un travail à temps partiel : travail à mi-temps de réadaptation, ou pour les malades très handicapés, quelques heures de travail non spécialisé (ménage-jardinage) ou saisonnier (vendanges, ramassage des fraises ou autres fruits et légumes). Une activité scolaire peut être pratiquée par les lycéens, les étudiants hospitalisés. Une formation professionnelle est également possible durant quelques heures de la journée. Dans certains cas plus rares, il peut être souhaitable que le malade passe un moment de la journée dans sa famille.

La création de l'hospitalisation "de nuit" a transformé le problème de la réinsertion professionnelle des psychotiques chroniques désocialisés. En séparant "la sortie" et "le travail", qui autrefois allaient de pair, elle permet au malade d'assumer d'abord son problème professionnel, et seulement ensuite les problèmes matériels (logement, nourriture) et affectifs (vie dans un milieu non protégé). Le médecin lui, prendra plus facilement le risque de voir les malades subir un échec professionnel, générateur de découragement, voire de rechute, dans la mesure où un contact étroit sera maintenu par l'hospitalisation de nuit.

L'hospitalisation de nuit présente quelques inconvénients. La formule hôpital de nuit et travail rémunéré à temps complet, ne doit être que transitoire. Si elle se prolonge trop, le malade peut se trouver "chronicisé" dans cette forme d'hospitalisation et tout faire pour y rester, alors que son état lui permettrait de vivre ailleurs. Pour les malades qui travaillent dans une autre localité que celle où se trouve l'hôpital, l'hospitalisation de nuit est difficile ou impossible, ce qui limite, comme pour l'hospitalisation de jour, les possibilités. C'est pourquoi il a été

nécessaire de créer une autre forme de prise en charge à temps partiel des malades qui travaillent : c'est ce que nous appelons l'hospitalisation de week-end.

Dans cette formule, le malade travaille et se loge par ses propres moyens. Il ne vient à l'hôpital que pendant ses jours de congé, en général deux jours par semaines, le samedi et le dimanche. Cette formule peut être pratiquée pour tous les malades, quel que soit leur lieu de séjour : la distance n'intervient plus et les frais de transport peuvent éventuellement, s'ils sont coûteux être pris en charge par la Sécurité Sociale. De même, lorsque l'hôpital est situé à distance d'un centre urbain, elle peut être développée si les moyens de transport en commun le permettent.

Foyers, ateliers protégés - Réadaptation

L'hospitalisation de nuit, malgré les progrès qu'elle a apportés, ne doit pas faire oublier l'intérêt du "foyer de post-cure". Celui-ci a pour ancêtre les "patronages d'aliénés", oeuvres charitables qui protégeaient les malades à leur sortie de l'hôpital. Comme eux, le foyer de post-cure offre l'intérêt d'être une transition entre l'hôpital, quelquefois protecteur, et le retour à une complète autonomie. A leur sortie de l'hôpital, même s'ils ont pu bénéficier un certain temps de l'hospitalisation de nuit, de nombreux schizophrènes ne sont pas encore capables d'avoir une vie indépendante, un logement où ils seront seuls. Cette situation, peut d'ailleurs, comporter des risques : l'isolement, l'impression d'abandon, les difficultés matérielles peuvent provoquer des idées dépressives et une angoisse qui ramènent le malade à l'hôpital. Pour certains, le retour dans la famille n'est pas souhaitable dans l'immédiat.

Pour tous ceux-là, le foyer protégé est une solution provisoire, mais excellente. Le malade y est accueilli à sa sortie de l'hôpital. Le personnel du foyer peut le conseiller et l'aider dans sa recherche d'un emploi.

Il peut être, par ailleurs, pris en charge par un atelier protégé ou de réadaptation au travail, s'il en existe. Le soir, il bénéficie d'activités collectives.

../..

Bien qu'il puisse appartenir au secteur psychiatrique, le foyer ne semble pas devoir être considéré comme les autres institutions de soins. Certes, la sécurité sociale peut prendre en charge tout ou partie du prix de journée, ce qui implique une surveillance médicale. Il importe cependant que le malade qui passe de l'hôpital au foyer sente bien qu'il franchit un pas vers la guérison. C'est pourquoi, à notre avis, la prise en charge médicale au niveau du foyer doit être réduite au minimum. Les malades doivent d'ailleurs fréquenter le dispensaire qui remplit bien mieux cette fonction. Il est par contre très important pour leur réadaptation et leur ressocialisation que les malades participent à la gestion et à l'animation du foyer. Ce mode de participation supprime l'infantilisation des malades et évite que le foyer soit vécu comme une institution d'assistance.

La création d'un club à but culturel et social, organisé par les malades du secteur eux-mêmes, est souhaitable. Ce club peut siéger à proximité du foyer de post-cure ou dans les mêmes locaux. Il est généralement ouvert à tous les anciens malades, qu'ils habitent ou non le foyer. Il leur permet de se détendre, de se rencontrer et d'organiser des loisirs. Des animateurs peuvent aider les malades dans leurs réalisations culturelles. La fonction sociale du club doit se développer : le logement, l'emploi des anciens malades peuvent être aidés par le club fonctionnant comme un service social assuré par les bénéficiaires eux-mêmes.

Que le malade soit hospitalisé de nuit, habite un foyer de post-cure ou vive chez lui, le problème de l'emploi se pose avec une acuité qui dépend de lui-même et de sa maladie, mais aussi de la conjoncture économique, car les malades mentaux sont souvent les premières victimes du chômage.

Le reclassement professionnel des psychotiques chroniques est souvent difficile, même si leur maladie a suffisamment régressé pour les rendre socialement tout à fait tolérables et s'ils ont conservé intactes leurs capacités physiques et intellectuelles.

../..

C'est l'âge auquel survient la maladie et sa durée qui sont en cause. Le sujet n'a parfois pas encore appris un métier quand survient la maladie. Lorsqu'il guérit, il se retrouve à un âge où il ne pourra pas facilement en apprendre un, et risque de se voir cantonné dans des emplois à bas niveau de qualification.

Si la maladie survient plus tard, le sujet a souvent déjà appris un métier. Mais s'il reste hospitalisé longtemps, il voit ses chances de pouvoir le reprendre diminuer. L'évolution des techniques, l'augmentation des cadences, la spécialisation plus poussée lui sont défavorables, sans compter la perte, constante même sans détérioration, des gestes et des habitudes de la pratique professionnelle due à l'arrêt prolongé du travail.

Ateliers protégés, centres de réadaptation au travail sont plus que jamais nécessaires. Nous n'ergoterons pas sur la distinction entre ces formes d'institutions : l'une est en principe destinée aux chroniques incapables de travailler jamais dans un milieu de travail normal, l'autre est prévue pour réadapter, par un séjour limité, le malade à l'exercice d'un métier en milieu professionnel normal. Cette distinction nous paraît dangereuse, en ce sens qu'elle sépare les "irrécupérables" et les "récupérables", distinction que, tout au long de ce travail nous nous sommes attachés à réfuter. Pour nous, l'intérêt de ces institutions est d'apprendre ou de réapprendre un métier, dans un milieu de travail protégé, aux psychotiques chroniques et de faciliter ainsi leur reclassement ultérieur dans le milieu de travail normal, dans la mesure du possible. Il ne faut d'ailleurs pas envisager que l'apprentissage les facteurs relationnels qui se nouent dans ces institutions aident autant que le savoir faire à la réinsertion dans le monde du travail.

Relations humaines dans un cadre professionnel, apprentissage, remotivation au travail, tels sont à notre avis les buts de ces instruments thérapeutiques que sont les ateliers protégés et centres de réadaptation au travail.

De cette étude du "secteur psychiatrique" et de l'intérêt qu'il présente pour les psychotiques chroniques, nous concluons :

../..

- Le fonctionnement harmonieux du secteur nécessite un bon équilibre entre les diverses institutions qui le composent, dont aucune ne doit se trouver dévalorisée par rapport aux autres, pour devenir le "lieu de chronicité". Les chroniques et particulièrement les psychotiques doivent trouver leur place dans chacune des institutions du système.
- La mise en place du secteur accroît la demande de soins. Ceci tient au fait que la démystification de la psychiatrie, qui n'est plus représentée par le seul hôpital psychiatrique, amène les malades à se soigner plus facilement et surtout plus précocement. Ce facteur est favorable, si l'on tient compte du fait que, en matière de psychoses, la précocité des soins favorise la récupération rapide et évite le passage à la chronicité et la désocialisation.
- Un problème grave paraît posé par l'existence de structures hospitalières modernes et confortables dans des secteurs où une grande partie de la population vit dans des conditions mauvaises, où les salaires sont bas et le travail rare. Des psychotiques qui pourraient vivre à l'extérieur restent des chroniques hospitaliers non du fait de leur maladie, mais du fait de la conjonction sociale et de l'absence de perspectives qui s'offrent à eux. Sur un tel phénomène, la psychiatrie ne peut avoir de prise. Il s'agit en fait d'un aspect particulier d'un problème économique et politique national, qui ne peut être résolu isolément.

CHAPITRE 4 : LE COURANT NEGATIF ; DIFFICULTES DE REINTEGRATION DES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES DANS LA SOCIETE MODERNE EN EVOLUTION

En 1971, la réadaptation des malades mentaux, avant tous les autres critères, est définie en termes de réalisation professionnelle. L'essentiel de ce courant négatif aura donc trait aux problèmes du monde du travail. Nous tenterons cependant d'aborder les autres facteurs d'intégration et de tolérance : le progrès, le mouvement des idées et l'évolution du système des valeurs qui font le dynamisme de notre société, mais qui peuvent être un obstacle insurmontable pour ceux, qui coupés d'elle par leur maladie, tentent de s'y réinsérer.

Le monde du travail offre des difficultés croissantes à tous ceux qui sont incapables de suivre l'évolution rapide des techniques et de s'y adapter. Ceux-ci se voient contraints d'accepter des emplois ne correspondant pas à leur qualification professionnelle théorique, voire même dans les périodes de récession entraînant des licenciements, au chômage. Dans cette catégorie que nous pourrions appeler "inadaptés partiels", les malades mentaux ne forment qu'un petit groupe.

Pour les psychotiques chroniques qui avaient, avant le début de leur maladie un emploi et une qualification professionnelle, qui représentent les cas les plus favorables, trois facteurs viennent compliquer la réinsertion professionnelle :

- L'économie et la technique évoluent pendant la durée, presque toujours importante de leur arrêt de travail. L'augmentation de la taille des entreprises, du fait de la concentration industrielle crée une spécialisation et un morcellement plus grands du travail. Elle modifie également les relations humaines dans ces entreprises. L'automatisation remplace beaucoup d'ouvriers et exige de ceux qui restent des connaissances techniques plus grandes ou un dressage des gestes pour augmenter les cadences, accroître le rendement. Il s'agit là d'un phénomène inéluctable qui laisse bien évidemment le psychiatre désarmé.

- L'arrêt de travail prolongé entraîne une perte des habitudes acquises de la pratique professionnelle. Cette perte du "savoir faire" crée, lors de la reprise du travail, une fatigabilité plus grande et aussi un rendement inférieur à ce qu'il est normalement. Une réadaptation progressive permet de rétablir, en général, la situation primitive. Elle dépend essentiellement de la législation et de la compréhension de ce problème par les employeurs. Le travail à temps partiel, en particulier, donne de bons résultats.

- Des séquelles de la maladie existent souvent, enfin. Manque de malléabilité, difficultés dans les rapports sociaux, diminution de l'efficacité intellectuelle, manque de confiance en soi, angoisse, ambivalence, sont autant de défauts qui à des degrés divers, nuisent à une bonne pratique professionnelle. Le rôle du soutien psychothérapique, de la thérapeutique médicamenteuse est ici important. C'est sur ce troisième facteur que l'effort de l'équipe

../..

psychiatrique de secteur, qui a pris en charge le malade, peut jouer à plein.

Lorsque le début de la psychose a précédé l'exercice d'une profession non qualifiée, ou l'acquisition d'une formation professionnelle, le problème de la réinsertion sociale est encore plus difficile à résoudre. Trois phénomènes interviennent ici :

- La disparition quasi complète des "emplois agricoles simples" (en dehors des travaux saisonniers qui ne sont pas une véritable insertion professionnelle) et des ateliers artisanaux qui offraient des débouchés favorables aux malades mentaux est certainement l'obstacle le plus important dans les régions à dominance rurale.
- Le développement prépondérant du secteur tertiaire qui nécessite des qualités d'adaptation et de sociabilité qui manquent souvent aux malades mentaux, est un obstacle partout retrouvé.

Même si le niveau scolaire ou universitaire du malade lui permet de postuler un emploi dans ce secteur, c'est ici, hélas, que se manifestent avec le plus d'intensité les réticences des employeurs à embaucher des "handicapés psychiques".

- Le manque de motivation au travail, séquelle de l'apragmatisme, les difficultés à fournir un effort intensif soutenu dans un cadre collectif font des psychotiques de médiocres candidats à la formation professionnelle des adultes. Et si les animateurs de certains centres de P.P.A. se montrent particulièrement compréhensifs vis-à-vis d'eux, d'autres, plus soucieux d'obtenir de "bons résultats", les refoulent vers des organismes "spécialisés pour leur cas" qui n'existent qu'en petit nombre et ne répondent pas, le plus souvent, du fait de leur implantation et de leurs débouchés, à la demande des malades.

On est loin, en 1971 de Hermann Simon qui proposait en 1920, pour l'amélioration des malades, le plus grand nombre possible d'occupations agricoles et artisanales : "L'activité est le fondement de tout succès dans le monde" (1). Les sociétés agricoles, mieux que les autres, assumaient les handicapés en proposant un grand nombre de tâches adaptées à leurs capacités.

.../...

(1) Hermann Simon - Ouvrage cité n° II

Mais notre monde est plus industriel qu'agricole, et plus jamais la folie, est avant tout une forme d'improductivité.

Notons cependant que la psychiatrie, les psychiatres et tous ceux qui participent à cette activité de soins ne sont pas responsables de cet état de fait et que ce serait une erreur de leur part d'en faire un complexe d'échec. Nous en voudrions pour preuve les incidences des fluctuations économiques sur les possibilités de réinsertion professionnelle des psychotiques chroniques :

- En période d'expansion, dans les régions favorisées, les malades mentaux trouvent facilement du travail et les facteurs défavorables que nous avons précédemment cités n'interviennent que de façon relative.

- Si une récession nationale ou locale survient, il n'en est plus de même. Les mêmes facteurs deviennent des obstacles insurmontables et les mêmes malades se voient voués au chômage. Et comme la situation de chômeur, situation d'échec, dévalorisante, déprimante et anxiogène, leur est défavorable, ils se retrouvent ou demeurent dans les institutions d'assistance.

Nous nous garderons bien de développer cette question qui n'est plus médicale, mais plutôt économique et politique. Il nous a paru cependant utile de montrer par ce biais, la composante économique de la maladie mentale, sur laquelle le psychiatre n'a aucune prise et par là même les limites de l'intervention psychiatrique.

Le travail est certainement, dans l'état actuel des choses, l'élément fondamental de l'insertion sociale des psychotiques, comme d'ailleurs de tous les individus adultes de notre société. Il n'est cependant pas le seul.

Parmi les facteurs qui, indépendamment de l'activité professionnelle, conditionnent l'insertion ou la réinsertion des malades mentaux dans la société, nous distinguerons deux catégories : ceux qui ont trait à la maladie et ceux qui n'ont avec elle qu'un rapport indirect, les conséquences du séjour dans le milieu protégé des institutions psychiatriques.

L'une des façons dont la maladie mentale aliène, c'est en disloquant les systèmes d'attitude du patient et en l'obligeant à re-

../..

composer ses propres types de conduite" (l'élucier).

Les perturbations des conduites sociales inhérentes aux psychoses ou à leurs séquelles, sont bien connues : délire, inhibition, anorgasmisme ou agressivité, hyperactivité, désordonnée entraînent, lorsqu'ils atteignent une certaine intensité, dans toutes les sociétés, un rejet de ces malades. Il est bien certain, cependant que le niveau de tolérance varie beaucoup d'une société à l'autre. Nous avons vu, dans la dixième partie de ce travail, l'évolution de la situation en France depuis le Moyen Age jusqu'à nos jours. Quels sont les phénomènes susceptibles de modifier, dans l'évolution actuelle de notre société, la tolérance des malades psychotiques chroniques ?

- L'urbanisation vient semble-t-il, en premier lieu.

Les sociétés agricoles, comme nous l'avons vu, toléraient mieux les malades mentaux, dans la mesure où elles leur proposaient des occupations. Pour le malade qui ne peut travailler, le séjour prolongé dans un appartement d'un grand ensemble urbain, où il restera inactif, paraît peu souhaitable. Le même, à la campagne, s'occupera dans son jardin, élèvera des animaux et travaillera occasionnellement chez des voisins.

- La complexité et le nombre croissants des initiatives à prendre et des obligations à remplir dans le domaine administratif courant, paraissent créer une difficultés de plus en plus grande à l'adaptation des malades mentaux : Nul ne peut aujourd'hui vivre sans faire sa déclaration d'impôts, payer par chèque ou mandat ses quittances de gaz et d'électricité, souscrire des polices d'assurance, acheter à crédit, faire renouveler sa carte d'identité constituer un dossier pour un remboursement de sécurité sociale, et mille autres petits actes que l'individu "normal" arrive à faire mais qui, pour le psychotique, posent parfois un problème insurmontable.

- Un fait plus grave encore, est représenté par l'hostilité d'une partie de l'opinion publique à l'égard du "fou susceptible d'être dangereux". Des faits-divers, montés en épingle par une certaine presse avide de sensations fortes à offrir à ses lecteurs, mettant

.../...

en cause des malades mentaux, montrent que cette idée reste bien vivace dans l'esprit du public. Dans une société de plus en plus préoccupée de sa "sécurité", le fou risque de partager bientôt la situation de rejet social dans laquelle se trouvent, un pour les memes raisons, certains travailleurs transplantés ou immigrants étrangers. La politique de secteur vient cependant atténuer ce dangereux mouvement, en informant objectivement la population et en démystifiant la psychiatrie et la maladie mentale.

Autant que la maladie elle-même, c'est la coupure plus ou moins prolongée avec la société qu'elle entraîne, qui gênera de plus en plus la réadaptation sociale du malade :

- Le séjour en milieu protégé, indispensable à la grande majorité des psychotiques, est en soi un obstacle à leur future réinsertion. Le fait d'être dans un milieu où ses besoins les plus immédiats (nourriture, logement) sont satisfaits sans qu'il ait à y participer, modifie le comportement du malade et le fait régresser à un stade d'assisté. Ce problème se résout en général par la prise de conscience du malade de cette situation.

Des difficultés pourront cependant survenir s'il existe une trop grande disproportion entre les conditions de vie du malade avant l'hospitalisation et celles qu'il trouve à l'hôpital.

- Pendant la "coupure", temps durant lequel le malade se trouve dans le milieu protégé, la société va évoluer. Si la coupure est longue, et le milieu protégé trop fermé aux influences extérieures le hiatus entre les idées, le système de valeurs, le comportement le mode de vie du malade et ceux de la société qui l'accueillera à sa sortie sera trop grand et formera un obstacle quasi insurmontable à sa réinsertion. Les hôpitaux psychiatriques certes, suivent l'évolution des idées et du système de valeurs du monde moderne. Mais ils suivent avec un certain retard. N'est-il pas inquiétant que certains d'entre eux restent, par exemple, avec les prisons, les casernes et les couvents, les derniers bastions de la ségrégation sexuelle ? Peut-on penser que c'est préparer les malades à mener une vie normale que les faire séjourner, pendant un temps qui peut atteindre des années, dans un univers unisexué ?

L'adaptation des structures de soins, la brièveté des séjours, font diminuer l'importance de ce problème pour "les nouveaux malades". Il reste malheureusement très préoccupant pour les malades chroniques hospitalisés depuis longtemps, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

Pour conclure ce chapitre sur les difficultés de réinsertion des psychotiques chroniques dans la société moderne en évolution nous citerons R. Bastide qui, dans sa Sociologie des Maladies mentales, définit les limites de la folie dans le domaine social : "On n'est fou que par rapport à une société donnée, c'est le consensus social qui délimite les zones fluctuantes de la raison".

CHAPITRE 4 : AVENIR DES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES HOSPITALISÉS DE FAÇON PERMANENTE ET DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES

Un grand nombre de psychotiques chroniques sont "placés" à l'hôpital depuis dix ans et plus. Ils n'en sortent, pour la plupart jamais et sont le plus souvent complètement abandonnés par leur famille.

Dans certains hôpitaux, leur pourcentage, parmi la population globale, atteint 50 %. Leur âge est variable. La moyenne se situe probablement vers 45 ans. Nous en avons connu, cependant, de très âgés (plus de 70 ans), hospitalisés depuis 45 à 50 ans.

Le phénomène s'explique aisément, comme nous l'avons vu tout au cours de cette étude. Rappelons simplement deux groupes de faits particulièrement importants :

- l'absence de thérapeutique efficace a, pendant longtemps contraint les psychotiques à vivre en permanence à l'hôpital, si une émission spontanée ne survenait pas. Par ailleurs, la politique, en matière de santé mentale, a surtout consisté, jusqu'à la dernière guerre, à isoler du monde ceux qui, par leur maladie, menaçaient l'ordre public. L'absence du placement d'office, comme on l'a vu, confirme ce fait. La réinsertion sociale des malades non guéris est une notion récente.
- L'allongement de l'espérance de vie de la population générale s'est faite sentir aussi à l'hôpital psychiatrique. Et là

../..

particulièrement, l'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine somatique ont eu une grande influence. La durée de vie des schizophrènes, autrefois promise à une fin précoce, a considérablement augmenté. L'efficacité des thérapeutiques psychiatriques, la suppression des moyens de contention, l'amélioration de l'hébergement et des soins généraux, ont transformé le pronostic vital de la schizophrénie. Bien sûr, c'est aussi grâce au progrès dans ce domaine que de nombreux malades ont échappé la chronicisation hospitalière.

D'autres faits, particuliers, expliquent de fortes proportions locales de chroniques :

- Rapatriement, dans de nombreux hôpitaux, de malades complètement désocialisés, originaires d'Afrique du Nord, au moment de la décolonisation.
- "Déportation" massive de malades chroniques originaires des grands centres urbains (Paris) dans les départements ruraux offrant peu de possibilités de réinsertion (colonies agricoles ou familiales).

La population en "séjour permanent" dans les hôpitaux psychiatriques ne comporte pas que des psychotiques : les arriérés, les déments et, de plus en plus, les alcooliques désocialisés en forment une grande partie. Il n'entre pas dans notre propos de nous préoccuper de leur sort. Notons cependant, que leur présence à l'hôpital, présence qui pour la plus grande part d'entre eux, serait évitée si d'autres structures pouvaient les accueillir, est un facteur important de chronicisation des psychotiques. Ils paralysent les structures de soin par leur nombre et entretiennent dans l'esprit du public l'idée dangereuse qu'on "place" à l'hôpital psychiatrique ceux qu'une déficience ou une tare mentale empêche de vivre à l'extérieur. Eux-mêmes ne profitent que peu de leur séjour : les arriérés sont plus justiciables d'une assistance par le travail et de foyers spécialisés ; pour les déments, une assistance gériatrique est suffisante ; quant à l'alcoolisme, c'est surtout le problème de la prophylaxie qui se pose et l'hôpital psychiatrique est pour les éthyliques une impasse dangereuse.

Ils vont devenir des psychotiques chroniques, apparemment incapables de vivre en dehors de l'hôpital psychiatrique traditionnel ?

Il est certain que dans de nombreux secteurs, ils posent un problème grave, essentiellement par leur nombre. En mobilisant l'équipe de secteur à l'hôpital, ils gênent considérablement la mise en place des structures extra-hospitalières. Leur masse déséquilibre le secteur. C'est pourquoi l'attitude des économistes et même de certains médecins à leur égard n'est pas tendre. D'autres, moins réalistes peut-être, mais plus humains se refusent à les abandonner à leur sort avec le seul espoir de survivre dans de mauvaises conditions.

Divers projets sont envisagés pour eux :

- Regroupement dans certains hôpitaux psychiatriques situés en milieu rural, dans des départements pauvres, ou dans des établissements pour chroniques où séjourneraient aussi des malades somatiques. Il s'agit surtout ici des malades des grandes villes. Le prix de journée dans les hôpitaux de transfert, est bien entendu, plus faible que celui des hôpitaux d'origine.

Deux exemples de réalisations de ce type :

- . Le transfert à Ilouguernevel en Bretagne, de malades des hôpitaux de la région parisienne.

- . La transformation de l'ancien hôpital américain de Chinon en hôpital pour "chroniques", annexe du C.H.U. de Tours. Il héberge environ 50 % de malades de psychiatrie, pris en charge par un personnel médical peu nombreux.

- Intégration dans le secteur de l'ensemble des chroniques. Pour les psychotiques, la grande majorité en tire un bénéfice :

- . Les jeunes peuvent pratiquement être considérés tous comme parfaitement récupérables et être pris en charge par l'ensemble des institutions de soins et de réadaptation du secteur.

- . Les vieillards peuvent très souvent être placés en maison de retraite, où ils s'avèrent bien tolérés, dans la mesure où ils continuent à y être pris en charge par l'équipe de secteur.

- . Le problème le plus délicat semble celui des malades les plus nombreux, âgés de 40 à 60 ans. Trop jeunes pour aller en maison de retraite, ils sont cependant le plus souvent incapables,

../..

même avec tout le soutien possible, de mener une vie autonome. L'hospice, parfois proposé pour eux ne paraît pas souhaitable. Force est bien de constater que, pour ces malades, l'hôpital psychiatrique reste la seule solution valable. C'est pourquoi leur transfert dans un hôpital d'un département peu peuplé, s'ils l'acceptent, et à condition que la prise en charge y soit bonne, (et par conséquent le prix de journée suffisant), peut s'envisager, quitte à ce qu'ils refassent le chemin en sens inverse si cela s'avère nécessaire.

Il n'existe pas de solution miracle à ce problème des psychotiques chroniques en séjour permanent dans les hôpitaux psychiatriques. La majorité des psychiatres refuse de les abandonner, considérant à juste titre qu'il y a "quelque chose à faire pour eux". Ils savent cependant que, l'énergie ainsi mobilisée l'est au détriment d'autres malades qui nécessitent des soins intensifs. Le Guillaud, Bonnafé et Mignot relèvent dans l'histoire des institutions psychiatriques, la présence constante de ce dilemme : "L'aspiration des psychiatres à éloigner les chroniques de l'instrument de soins qu'ils paralysent, mais aussi leur mauvaise conscience dès qu'ils abandonnent ceux-ci à une assistance de niveau inférieur ...".

Quant aux économistes planificateurs, il est nécessaire qu'ils appréhendent le fait que les malades mentaux ne sont pas des objets inertes que l'on peut transporter d'un endroit à l'autre en fonction des seules nécessités économiques. Si les psychotiques ont souvent perdu tout moyen de défense, ils conservent en effet intactes leurs capacités de souffrance. Et cette dimension humaine du problème ne saurait être oubliée.

CONCLUSIONS

L'expérience des pays étrangers illustre bien l'avenir de la maladie mentale chronique. Aux U.S.A., où le progrès économique et social ne s'est, pendant longtemps, pas accompagné d'une politique d'hygiène mentale adéquate, et où la législation sur l'internement est restée archaïque, le nombre des malades mentaux hospitalisés est proportionnellement le plus élevé du monde.

La Suisse, autre pays à niveau de vie élevé, a mis en place, depuis longtemps, des structures favorisant la réinsertion sociale des malades mentaux qui lui ont permis d'éviter cet écueil.

Actuellement, en France, il existe bien sûr, le problème des malades chroniques hospitalisés depuis longtemps, qui sont relativement nombreux. Ils ne doivent pas être oubliés, ou pire, exclus du cadre de la politique d'hygiène mentale.

L'attitude thérapeutique doit viser actuellement à prendre en charge de façon intensive, mais souple, tous les psychotiques chroniques, ce qui induit des besoins en locaux polymorphes, situés dans les sites urgains et surtout de personnel spécialisé. Moins que jamais le malade ne doit être coupé de son milieu, ni de la production, chaque fois que cette attitude s'avère possible.

Psychiatres et administrateurs semblent vouloir mettre en place une telle politique, humainement acceptable et économiquement possible, qui fera régresser la chronicité hospitalière.

CONCLUSION

- Malgré le traitement, les psychoses chroniques évoluent encore souvent vers un état psychique incompatible avec la vie en dehors d'un milieu protégé - sans que cet état aboutisse à une détérioration.

Dans la schizophrénie elle-même, la détérioration semble pouvoir être évitée, si l'effort thérapeutique reste important et surtout permanent, ce qui doit être la règle.

- Les psychotiques chroniques sont bien tolérés, même dans un service de psychiatrie actif. Ils ne représentent une gêne, ni pour les autres malades, ni pour la psychothérapie de groupe, où leur participation s'avère favorable.

- Les rapports avec les familles des malades doivent faire l'objet de la plus grande attention des soignants. Malgré les efforts de ceux-ci, les rapports familiaux d'un psychotique hospitalisé de façon très prolongée, se dégradent presque toujours.

- L'internement a laissé dans l'esprit du public, des traces néfastes, le placement à l'hôpital psychiatrique est encore considéré à tort, par beaucoup, comme une solution définitive, et non un moyen thérapeutique, en matière de psychoses chroniques.

- L'adaptation des lois concernant les malades mentaux aux progrès de la thérapeutique se produit avec un certain retard. Ce retard reste actuellement un facteur de chronicisation. L'apparition progressive des lois favorisant la réinsertion socio-professionnelle représente, au contraire, un grand espoir dans la lutte contre la chronicité des psychotiques.

- L'accueil du malade dans l'institution de soins psychiatriques revêt une particulière importance : de lui, dépendent la qualité ultérieure des rapports soignants - soignés. Les aspects coercitifs de cet accueil qui revêt parfois un caractère de "cérémonie initiatique" favorisent chez les psychotiques la chronicisation ultérieure.

- Le travail thérapeutique, moyen très intéressant de prise en charge, peut devenir pour les psychotiques, s'il est détourné de son but initial, un grave facteur de chronicisation. On peut faire le même reproche à la sociothérapie, si elle aussi est pervertie par un cadre inadéquat.

L'organisation du "club" géré par les malades eux-mêmes, augmente considérablement la valeur de ces thérapeutiques en les articulant avec les autres instances de l'institution.

- Hôpital-village à la campagne, hôpital urbain de faible capacité sont deux formules d'institution qui ne font pas la même place à la chronicité. Organisé en partie "pour" la chronicité, l'hôpital village joue certainement un rôle dans son entretien. Organisé "contre" la chronicité, l'hôpital urbain de faible capacité, ne permet pas toujours une prise en charge institutionnelle suffisante des psychotiques chroniques.

- Dans le traitement des psychoses chroniques, les neuroleptiques ont restreint les indications des thérapeutiques de choc. Celles-ci conservent cependant tout leur intérêt, leur action étant complémentaire de celle des neuroleptiques lorsque ceux-ci sont insuffisants.

- La prise en charge psychothérapique des psychotiques chroniques est une nécessité. Les groupes représentent la méthode la plus facile à mettre en oeuvre, et souvent la plus intéressante à tous points de vue. Les indications de la psychothérapie individuelle, bien que plus nuancées, restent nombreuses. Les deux formes de prise en charge ne sont d'ailleurs pas incompatibles.

- La politique de secteur, qui crée des institutions polymorphes animées par une même équipe soignante, permet la prise en charge toujours la plus adaptée à la "demande" du malade, qui le coupe le moins de la société. Avec les progrès thérapeutiques, elle représente le meilleur moyen de lutter contre la chronicité hospitalière des psychotiques.

- Malgré les progrès réalisés dans leur traitement et leur prise en charge institutionnelle, cette chronicité des psychotiques ne semble pas devoir disparaître. L'évolution du monde du travail de la société dans laquelle nous vivons, ne facilite généralement pas leur réinsertion sociale après un épisode de "coupure" dû à leur maladie.

Le devenir des psychotiques hospitalisés en permanence depuis de nombreuses années, pose d'ailleurs un problème médical social et économique très difficile à résoudre.

B I B L I O G R A P H I E

(1) CHAGNEAU H.

Prise en charge des sujets réputés schizophrènes - Confrontations psychiatriques - N° 2 - Décembre 1968.

(2) FOUCAULT M.

Folie et déraison - Histoire de la folie à l'âge classique - Ilon - Paris 1961.

(3) GOFFMAN E.

Asiles - traduit de l'américain -

(4) JUILLET P.

Traitement insulinaire et méthodes de choc dans la schizophrénie - Confrontations psychiatriques N°2 - Décembre 1968.

(5) LAIPIE M. et RONDEPIERRE J.

Contribution à l'étude physique, physiologique et clinique de l'électro-choc - Maloine - Paris 1947.

(6) LE GUILLANT L. - BONNAPE L. - MIGNOT H. -

Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques - Masson - Paris 1964.

(7) OURY J.

Analyse de l'entourage immédiat du malade dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle - 2ème congrès international de psychothérapie de groupe. Zurich - 1957.

(8) PONCIN C.

Essai d'analyse structurale appliquée à la psychothérapie institutionnelle - Thèse Nantes - 1962.

(9) RACAU IER P.C. -

Sociopathologie des schizophrènes hospitalisés. Evolution psychiatrique - 1er trimestre 1957.

(10) ROTHBERG D.

Situations d'oppression en psychiatrie - Thèse - 1962 -
Lyon.

(11) SIMON H.

Vers une thérapeutique plus active à l'Hôpital Psychia-
trique - W. de Gruyter - Berlin 1929. (Traduit à l'Hôpital
Psychiatrique de SAINT ALBAN).

(12) TOSQUELLES F.

La société vécue par les malades psychiques - Esprit -
Décembre 1952.

PLAN G E N E R A L

	Pages
<u>INTRODU CTION</u>	2
<u>Ière PARTIE :</u>	
<u>LE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE : ASPECT CLINIQUE</u>	
Observation	5
<u>IIème PARTIE :</u>	
<u>LE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE ET LA SOCIETE</u>	18
<u>Chapitre 1</u> : L'entrée dans la maladie	19
<u>Chapitre 2</u> : L'internement	20
<u>Chapitre 3</u> : La loi du 30 JUIN 1838 et les autres formes d'hospitalisation en psychia- trie	24
<u>Chapitre 4</u> : La protection des biens des malades mentaux	26
<u>Chapitre 5</u> : Les psychotiques chroniques et l'assistance sociale	28
<u>Chapitre 6</u> : Les psychotiques chroniques et la législation du travail	32
<u>III ème PARTIE :</u>	
<u>LE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES</u>	34
<u>Chapitre 1</u> : L'accueil	35
<u>Chapitre 2</u> : La prise en charge des psychotiques chroniques dans l'institution	38
<u>Chapitre 3</u> : La sortie	45
<u>Chapitre 4</u> : Hôpital village Hôpital urbain de 100 lits : - Deux conceptions de l'institution de soins psychiatriques - Deux conceptions de la prise en charge des psychotiques	47

1° - L'Hôpital Psychiatrique	
de La Valette	47
2° - Le service psychothérapique du	
Centre Hospitalier de Blois ...	49

IVème PARTIE :

<u>PERSPECTIVES D'AVENIR DES PSYCHOTIQUES</u>	
<u>CHRONIQUES</u>	53
<u>Chapitre 1</u> : Le progrès thérapeutique	54
<u>Chapitre 2</u> : L'organisation du secteur en psychia-	
trie	64
<u>Chapitre 3</u> : Le courant négatif : Difficultés de	
réinsertion des psychotiques chroni-	
ques dans la société moderne en évolu-	
tion	74
<u>Chapitre 4</u> : Avenir des psychotiques chroniques	
hospitalisés de façon permanente et	
depuis plusieurs années	80
<u>Conclusions:</u>	83
<u>CONCLUSION</u>	85
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	88

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de PARIS
Robert MALLET.

VU
Le Doyen de la Faculté de Médecine
de CRETEIL

J.-L. BEAUMONT.

VU
Le Président de Thèse

